小山市国民健康保険人間ドック等検診助成金交付申請書

宛名コード		受付番号	

受診者	フリガナ	性別	被保険者記号・番号	
			記号	番号
	氏　名	男・女		ー
	生年月日	昭和　　年　　月　　日	年齢	歳

検診区分	ご希望の検診区分に〇をつけてください。（1 つのみ） 1. 人間ドック　　~~3. 心臓ドック（65 歳未満のみ）~~ ※受付は終了しました 2. 脳ドック　　~~4. レディースドック（70 歳未満の女性のみ）~~ ※受付は終了しました
検診期間	令和 7 年 4 月 1 日～令和 8 年 3 月 31 日
実施機関	小山市が指定した医療機関

同意確認欄

上記のとおり申請します。申請にあたり、次に掲げる事項について同意します。

1. 国民健康保険税の納付状況について、小山市の定めによる調査をすること
2. 検診結果について、検査医療機関が小山市に情報を提供し、必要に応じて保健事業等に活用すること
3. 人間ドック等の受診は年度内 1 回のみで、同じ年度内に特定健康診査または後期高齢者健康診査との重複受診はできません

令和　　年　　月　　日

小山市長　浅野　正富　様

〒　　ー

小山市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

起案日	令和　　年　　月　　日			納付状況	1. 滞納なし	受付印
決裁日	令和　　年　　月　　日				2. 滞納あり	
決裁	課長	係長	係	審査結果	1. 決定	
					2. 却下	
				備考		