

令和 8 年度十和田市国民健康保険脳ドック助成申請書

十和田市長 様

申請者(脳ドックを受診する方)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

令和 8 年度十和田市国民健康保険脳ドック助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

被保険者 記号・番号		生年月日	昭和 年 月 日(満 歳)
受診年月日	令和 年 月 日		

添付書類

- 国民健康保険税の滞納がないことを証する書類または国民健康保険税の納付状況に関する情報を利用するための同意書
- その他市長が必要と認める書類

※留意事項

- 脳ドックの受診日において、40 歳～74 歳までの被保険者であること。
- 脳ドックの助成申請日において、国民健康保険税の滞納がない世帯に属していること。
- 申請書に記載された内容が事実と相違や虚偽等があった場合は、助成は取消しとなり脳ドック受診料相当額を市に返還してもらいます。

----- (ここから下は記入不要) -----

【処理欄】	受付番号	納 税	添付書類	審 査
				承 認 不承認