様式第１号（第５関係）

※記入
令和　　年　　月　　日

北上市長　様

申請者（受診者）

※記入
住所　北上市芳町１番１号
氏名　北上　太郎
（電話番号　0197-64-2111　）

北上市国民健康保険人間ドック受診料助成金交付申請書兼請求書

令和　　年度北上市人間ドック受診料助成金の交付を受けたいので、北上市国民健康保険人間ドック受診料助成事業実施要綱第５の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、受診した人間ドックの結果を、北上市が実施する検診及び特定保健指導等に活用することに同意いたします。

また、受診日の属する年度内において、市の特定健康診査を受けておらず、同年度内に受けないことを誓約いたします。

※記入

申請金額	※記入不要 円	生年月日	昭和61年　４月　１日
被保険者 記号番号	0123456	本年度助成金 交付申請の有無	有　(無)
振込先	☐公金受取口座を利用する（口座情報の記入は不要です） ☒振込口座を指定する（口座情報を記入してください）		
金融機関名	北上　(銀行)　信金　農協　労金　芳町　本店　(支店)　支所　支所		
口座番号	1　(普通)　2　当座　0123456		
ふりがな 口座名義人	きたかみ　たろう 北　上　太　郎		