様式第2号 (第5条関係)

丸亀市国民健康保険人間ドック助成金交付決定（確定）通知書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号・番号 |  | 世帯主名 |  |
| 人間ドック受診者 | 住　所 | 〒　　－　　丸亀市　　　　　　 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 医療機関名 |  | 受診日 | 　　　年　　 月 　日～　　　年　　 月 　日  |
| 決定金額 |  | 振込予定日 | 　年　　月　　日　 |
| 上記のとおり、交付決定（確定）となりましたので、通知いたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　丸亀市長　　　　　　　　　　印 |

偽りその他の不正な手段による助成金の交付を受けたとき又は受診日における被保険者の資格を遡って喪失したときは、助成金の交付の決定を取消し、既に交付した助成金を返還していただきます。

※丸亀市特定健康診査・がん検診(肺がん･胃がん･大腸がん)との重複受診の場合も、助成金を返還していただきます。