様式第3号 (第5条関係)

丸亀市国民健康保険人間ドック助成金不支給決定（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 |
| 不支給の理由 |  |
| 上記の理由により、不支給決定(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 |