

(国民健康保険人間ドック助成金交付申請用)

国民健康保険料納付状況調査同意書

年 月 日

湯河原町長 様

申 請 者

住 所

氏 名

印

電 話

私は、人間ドック助成金交付申請のため、湯河原町国民健康保険人間ドック助成事業実施要綱（平成30年3月28日湯河原町告示第23号）第3条第4号の規定に基づき、町職員が国民健康保険料納付状況を確認することについて同意します。