

神崎町国民健康保険等短期人間ドック利用補助金交付申請書

被保険者記号番号				世帯主氏名				
(ふりがな)				男	昭和	年	月	日生
利用者氏名				女	(歳)			
検査医療機関		名称						
		所在地						
利用者の希望入院年月日		令和 年 月 日 入院						
及びドックの種別		日帰り ・ 1泊2日 ・ 通い2日						
備 考								
<p>下記の注意事項を遵守しますので、補助金を交付されたく申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>神崎町長 あて</p> <p style="text-align: center;">被保険者</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: right;">印</p>								

1. 注意事項

- (1) 次の事項を遵守することを条件として、補助金の交付対象とします。
- イ 検査医療機関から指示された注意事項を遵守すること。
 - ロ 検査医療機関が指示する入院の日時を遵守すること。
 - ハ やむを得ない事情のため、検査医療機関が定めた入院日時を変更しようとするとき、または、取り消しをしようとするときは、事前に検査医療機関に連絡して承認を受けること。
 - ニ 検査費用は、全額を検査医療機関へ退院時に納入すること。