

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

保 険 の 種 類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	
被保険者記号番号		世帯主氏名
(ふりがな)		S・H 年 月 日生
利用者氏名		男・女 (検査時年齢 歳)
検査医療機関	名 称	
	所在地	
検査予定年月日	日帰り	令和 年 月 日
	通院・宿泊	令和 年 月 日 ~ 年 月 日
ドックの種別	1. 人間ドック	2. 脳ドック
特定健診等の受診状況 (脳ドックのみを利用する 場合に記入ください。)	特定健診等	年 月 日 受診済み
備 考		
<p>私は、短期人間ドックの結果を特定健診の結果として利用することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">氏名 ㊟ (自署又は押印)</p> <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>あて先 神崎町長</p> <p style="text-align: right;">被保険者 住 所 氏 名 ㊟ (自署又は押印) 個人番号 電話番号</p>		

記

《 注意事項 》

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。

- (1) 検査医療機関から指示された注意事項を遵守すること。
- (2) 検査医療機関が指示する受検日時を遵守すること。
- (3) やむを得ない事情のため、検査医療機関が定めた受検日時を変更しようとするとき
又は取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。
- (4) 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。

<input type="checkbox"/> 国保適用日 ()
<input type="checkbox"/> 前回健診受診日 ()
<input type="checkbox"/> 収納状況 ()