

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 及びドックの種別		平成	年	月	日 入院
		日帰り	・	1泊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>平成 年 月 日</p> <p>神崎町長 石橋輝一様</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 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">電話番号</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。