

加古川市国民健康保険人間ドック助成金交付申請書

年 月 日

加古川市長 様

人間ドック助成金の交付を受けたいので、加古川市国民健康保険人間ドック助成規則（昭和56年規則第15号）第5条の規定により申請します。また、人間ドック助成金の請求及び受領に関する権限は、下記受任者に委任します。

なお、申請にあたり、次の事項について、相違ないことを認めます。

- 1 受診日の属する年度において本市が実施する特定健康診査又は特定健康診査に準ずる健康診査を受診していないこと。
- 2 人間ドックの受診結果を受診医療機関より提供を受けて本市が実施する特定健康診査及び特定保健指導並びに保健事業において活用することに同意すること。

フリガナ		被保険者 記号・番号							
申請者兼同意者 兼委任者 (受診者) 氏 名		生年月日	年 月 日						
住 所	〒 ー 加古川市 電話番号 ー ー								
受任者 (受診医療機関) 及び 受診コース (選択欄のいずれかに「○」を付ける)	受診医療機関等		選択	受診コース					
	加古川総合保健センター			1 日 コース					
				2 時間 コース					
	加古川中央市民病院			1 泊 2 日 コース					
				2 日 通 院 コース					
	はりま病院			1 日 コース					
	加古川磯病院			半 日 コース					
	順心病院			1 日 コース					
	たずみ病院			1 日 コース					
	松本病院			1 日 コース					
	堀胃腸外科			1 日 コース					
	大西メディカルクリニック			半 日 コース					
受診予定日	年 月 日 ()								

<市記入欄>

資 格 審 査	年 月 日現在	特定健診等の受診	無 ・ 有
資格取得日	年 月 日	審査結果	☐ 交付決定 ☐ 却 下
保 険 給 付	無 ・ 有	助成金額	
納 付 状 況	完 納 ・ 滞 納	備考	