

加古川市国民健康保険人間ドック助成金交付申請書

加古川市長 様

申請日を記入
してください。

年 月 日

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。

人間ドックを受けられる方の情報を
記入してください。

資格情報のお知らせ または 資格確認書に
記載されている7桁の番号を記入してください。

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							
住 所	〒 ー 加古川市								
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					
				1日コース					
	はりま病院			半日コース					
	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					
			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 ()								

受診予定の医療機関・コースに
○を付けてください。

予約済の受診予定日を
記入してください。

<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	