

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。

人間ドックを受けられる方の
 情報を記入してください。
 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
 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
 定健康診査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 (申請時： 歳)
住 所	〒 ー 加古川市 電話番号		
	受診予定の医療機関・コースに ○をつけてください。		
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	<input type="checkbox"/>	1日コース
		<input type="checkbox"/>	2時間コース
	加古川中央市民病院	<input type="checkbox"/>	1泊2日コース
		<input type="checkbox"/>	2日通院コース
	はりま病院	<input type="checkbox"/>	1日コース
	加古川磯病院	<input type="checkbox"/>	半日コース
	順心病院	<input type="checkbox"/>	1日コース
	たずみ病院	<input type="checkbox"/>	1日コース
	松本病院	<input type="checkbox"/>	1日コース
	堀胃腸外科	<input type="checkbox"/>	1日コース
大西メディカルクリニック	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> 交付決定 <input type="checkbox"/> 却下
保険給付	無・有	助成金額	
納付状況	完納・滞納	備考	