

※灰色の箇所に記入をお願いします

川西市国民健康保険健康診断(人間ドック)助成券交付申請書

健康診断(人間ドック)を受診する人は、この申請書を受診日の2週間前までに国民健康保険課へ提出してください。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

川西市 市長 宛

申請者(受診者) 住所 川西市中央町12-1
(フリガナ) カニシ ハナコ
氏名 川西 花子
生年月日 昭和 ○○年 ○○月 ○○日
電話 ○○○-○○○-○○○○

健康診断(人間ドック)を、下記のとおり受診したいので、助成券の交付を申請します。

助成を受けて受診した健康診断については、その受診結果を川西市国民健康保険課で特定保健指導などに活用をすることを承諾いたします。また、受診結果により特定保健指導の受診が必要になったときには必ず受診いたします。

記

受診する予定の医療機関にチェックしてください。

		被保険者番号	○○○○○○○○
		令和○○年○○月○○日	
受診医療機関	<input checked="" type="checkbox"/>	川西市保健センター	
	<input type="checkbox"/>	ベリタス病院	
	<input type="checkbox"/>	第二協立病院 予防医学センター	
助成額		人間ドックの費用×7/10	※限度額¥24,000
対象要件 第2条 第1項	第1号 年齢 2号 受診時加入 3号 (年1回)		
	4号 納付 5号 療養		
	6号 前年度保健指導 (対象外 ・ 評価済 ・ その他())		
<input type="checkbox"/> 住基端末付箋入力済			

受付担当者名