

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 長 宛

申請者 住 所 川西市中央町12-1

氏 名 川西 花子

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

受付番号		被保険者番号	○○○○○○○○
(フリガナ)	カワニシ ハナコ		
受診者	川西 花子		昭和○○年○○月○○日生
予約日	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"/>	市立川西病院	
	<input type="checkbox"/>	協立病院	
	<input type="checkbox"/>	九十九記念病院	
	<input type="checkbox"/>	ベリタス病院	
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())		
太枠内のみ記入してください。		コーカスメモ入力確認	

受診する予定の医療機関にチェックしてください。