

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

令和 年 月 日

川 西 市 長 宛

申請者 住 所
(受診者)

(フリガナ)

氏 名

生年月日 昭和 年 月 日

電話番号

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	助成券-	被保険者番号	
予 約 日	令和 年 月 日		
受診医療機関		川西市保健センター	
		市立川西病院	
		協立病院	
		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())		
問診票手渡し済(保健センターのみ)		住基端末付箋入力済	

受付担当者名