

※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"/> 問診票手渡し済 (保健センターのみ)		<input type="checkbox"/> 住基端末付箋入力済	

受付担当者名