

様式第1号（第5条関係）

かすみがうら市国民健康保険人間ドック等補助金交付申請書

市 用

		受 診 券 番 号	
交付番号	※	※	
国 民 健 康 保 険 証		世 帯 主 名	
記号 番号			

←お持ちの健康保険証の右上にある「記号」「番号」
をご記入ください。世帯主名もご記入下さい

利 用 者	現 住 所	〒 茨城県かすみがうら市		
	フ リ ガ ナ		性別	男・ 女
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		
希望するドックの種類		人間ドック・脳ドック・心臓ドック		
医 療 機 関 名				
健 診 日		年 月 日		
健 診 料		※		円
補 助 金 額		※		円
受 診 者 負 担 金		※		円
同 意 書 かすみがうら市個人情報の保護に関する法律に基づき健診結果の個人情報については、 かすみがうら市が取得すること、さらに医療機関から直接送付を受けこれを継続的に管理 するとともに、保健指導の目的として利用することに同意します。 補助申請をした同年度内の成人健診、特定健診等を受診しないことに同意します。				
かすみがうら市国民健康保険人間ドック等補助金交付要綱に基づき、補助金 の交付を申請します。 年 月 日 (あて先) かすみがうら市長 申請者 住所 _____ 氏名 _____ 電話 _____				
納期の到来した国民健康保険税を完納している			※ _____	※取扱者 _____

←ご利用する方
の住所、氏名、
生年月日をご
記入ください。

←予約されたド
ックの種類を○
で囲んでくださ
い。(併診の場
合は、人間ドッ
クと脳ドック又
は心臓ドックの
両方に○)
また、予約され
た医療機関名、
予約日もご記入
ください。

←利用者される
方の住所、氏
名、電話番号を
ご記入下さい

※欄は記入しないでください。

※欄は記入しないでください。太枠箇所を全てご記入願います。