

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

交付番号	※	受診券番号	※	国民健康保険証	世帯主名
				記号 番号	

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	
利用者同意欄					
<input type="checkbox"/> 人間ドックを利用するので、今年度はかすみがうら市が助成する成人健診、特定健康診査（集団健診、医療機関健診）及びがん検診等は受けません。重複受診した場合は、成人健診、特定健康診査及びがん検診等にかかる費用をかすみがうら市に返還いたします。					
<input type="checkbox"/> 人間ドックの検査結果及び問診内容等のうち、特定健康診査に係る検査項目に関して、健診機関を通じてかすみがうら市に報告され、必要に応じ特定保健指導に活用されることに同意します。					
※同意する場合は上記チェック欄(□)に✓印を記入してください。					
上記事項に同意のうえ、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。

←同意事項をご確認いただき、✓の記入をお願いします。

←利用される方の住所、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。