

多古町国民健康保険人間ドック等受診料助成申請書

年 月 日

多古町長 様

多古町国民健康保険人間ドック等受診料助成規則第8条の規定により、人間ドック等の受診料の助成を申請します。

また、人間ドック等の結果を特定健康診査の結果として利用することに同意します。

被 保 険 者 記 号 番 号		多						枝 番		
受 診 者 (申 請 者)	住 所									
	氏 名									
	生年月日	年 月 日			電話番号					

検 査 医 療 機 関										
受 診 日	年 月 日 ～ 年 月 日									
ド ッ ク の 種 類	☐ 人 間 ド ッ ク ☐ 脳 ド ッ ク									

費 用 総 額 ※ 消 費 税 を 含 む ※ 文 書 料 は 含 ま ない ※ 領 収 書 の 写 を 添 付					円	助 成 額 ※ 費 用 総 額 × 7 / 1 0 ※ 助 成 限 度 額 7 万 円 ※ 千 円 未 満 切 捨					円
---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---

チェック リスト	☐ 満 35 歳 以 上 で あ る 。 ☐ 領 収 書 の 写 し ☐ 結 果 報 告 書 の 写 し (満 40 歳 以 上) ☐ 納 期 到 来 分 の 国 民 健 康 保 険 税 を 完 納 し て い る 。 ☐ 当 該 年 度 に お い て 特 定 健 診 や 人 間 ド ッ ク 等 を 受 け て い ない 。
-------------	--