

様式第1号 (第6条関係)

国民健康保険人間ドック受診申請書				
				平成 年 月 日
白浜町長 様				
<p>国民健康保険人間ドックに係る助成金の交付を受けたいので、白浜町国民健康保険被保険者人間ドック助成事業実施要綱第6条の規定により申請します。また、助成の審査に当たり、私に係る国民健康保険税の納税状況を確認することに同意します。</p>				
住 所 白浜町 申請者 世帯主氏名 <span style="float: right;">(印)</span> 電話番号				
受診希望者	被保険者証記号番号	和38		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日生	性別	男・女
	住所			
検査項目 (コース・オプション)		有/無	費用額 (円)	自己負担額 (円)
基本検査		○	28,300円	7,100円
いずれか一方のみ	頭部MRI検査		19,000円	4,800円
	胸部CT検査		18,000円	4,500円
骨密度検査			3,600円	900円
合 計				
委 任 状				
受診希望者が国民健康保険人間ドックを受診した場合における助成金の交付請求及び受領に関する一切の権限を、次の医療機関に委任します。				
指定医療機関名 <u>白浜はまゆう病院</u>				
平成 年 月 日				
住 所 世帯主氏名 <span style="float: right;">(印)</span>				