

様式第1号（第5条、第7条関係）

国民健康保険人間ドック等受診申込書兼助成金交付申請書

令和 年 月 日

袋井市長 様

申請者 住 所

氏 名

電 話

袋井市国民健康保険人間ドック等受診費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、受診費用助成金の交付を受けたく申請します。

国民健康保険 被保険者記号番号		世帯主 氏 名	
受診希望者氏名		生年月日	年 月 日
受診科目	人間ドック（基本項目） 脳ドック 【番号 〇〇〇〇】 胃カメラ（有・無） 子宮頸がん検査（有・無） 前立腺がん検査（有・無） 乳がん（マンモグラフィ・マンモグラフィ1方向・マンモグラフィ2方向・エコー・無）		
受診希望日	令和 年 月 日		
受診希望療養取扱機関名	1 中東遠総合医療センター 2 磐田市立総合病院 健診センター 3 新都市病院 4 聖隷健康診断センター（住吉） 5 聖隷健康診断センター 東伊場クリニック 6 聖隷予防検診センター（三方原） 7 遠州病院 ※ JA組合員ドックは対象外です。 8 さくら健康管理メディカルクリニック		
受診科目の費用額			円
助成金交付申請金額			円

1 袋井市国民健康保険人間ドック等受診費用助成金交付要綱第7条の規定に基づき、人間ドック等受診費用助成金の請求及び受領についてのすべてを上記の療養取扱機関に委任します。

令和 年 月 日

氏 名

2 疾病の予防又は生活習慣の改善等の保健事業に利用するため、検診結果を上記の療養取扱機関から受領することに同意します。

令和 年 月 日

氏 名

特定健診受診券番号	-					
審査事項	加入日		納税状況	完・未	お知らせ	済・未
助成の状況	有・無		特定健診	済・未	メール送信日	/