

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

の箇所を
ご記入ください。

令和 年 月 日

人間ドックを受診する方の
国保の資格を確認できる書類
（資格情報のお知らせ又は、
資格確認書）に記載されている
7桁の「記号番号」を記入

申請者 住 所
氏 名
電 話

人間ドックを受診する方
の内容で記入

ク等受診費用助成金交付要綱第5条の規定に
基づき、受診を希望し、助成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		性 別	
		生年月日	年 月 日
受 診 科 目	人間ドック（基本項 胃カメラ（有・無）	人間ドックを受診する方 の内容で記入	【番号】 腺がん検査（有・無）
受 診 希 望 日	令和 〇 年 〇 月 〇 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 聖隷予防検診センター（三方原） ⑥ 遠州病院 ※ JA 共済ドックは対象外です。		
受 診 科 目 の 費 用 額		円	
助 成 金 交 付 申 請 金 額		円	

・人間ドックの受診予定日を記入
・受診医療機関を選択

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 診者氏名	人間ドックを受診する方 の氏名を記入					
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	/