

阿久比町国民健康保険
人間ドック・脳ドック助成申請書

（あて先）阿久比町長

申請者 (受診者)	住所	阿久比町
	氏名	
	電話番号	

阿久比町国民健康保険人間ドック及び脳ドック助成事業実施要綱に基づき、費用の助成を次のとおり申請します。併せて、同意書の記載事項についても同意します。

ふりがな							性別	男 ・ 女
受診者氏名								
被保険者 記号番号 (右詰めで記入)							生年月日	年 月 日
ドックの種類	人間ドック ・ 脳ドック ・ 人間ドック及び脳ドック ※脳ドックに係る助成を受ける場合、当該助成を受ける年度の前年度中に脳ドックの助成を受けた場合は、当該助成を申請できないものとする。							
受診予定日	年 月 日 （事前に予約した受診する日）							
同 意 書								
1. 助成申請の審査のために必要な範囲で、住民基本台帳、国民健康保険税の納付に関する資料を国民健康保険の担当職員が閲覧することに同意します。								
2. 人間ドック受診結果を指定医療機関が町に提供し、町が健康診査結果として保健事業等に利用することに同意します。								

注) 1. この申請書を提出するときは、あらかじめ指定医療機関に予約をしてください。
2. 日付、太枠内を記入してください。以下は記入しないでください。

町処理欄	申請者	資格	納付状況	台帳番号	助成	通知書番号	受付印
		有・無	適・否		可・否		