

令和〇〇年度 伊豆の国市 国民健康保険 人間ドック等助成金交付申請書				
受診者	記号番号	1234567 ※被保険者証に記載されている記号番号		
	ふりがな氏名	いづく はなこ 伊豆国 花子	ふりがな 世帯主氏名	いづく たろう 伊豆国 太郎
	生年月日	昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇才)		性別 男・女
	住所(連絡先)	〒410-2292 伊豆の国市 長岡340 番地 01 (電話番号 055-948-2905)		
ドック種別	人間ドック		脳ドック	
検査機関 希望する機関に○を付けてください。	1. 伊豆赤十字病院 2. 伊豆保健医療センター 3. NTT 東日本伊豆病院 4. 国際医療福祉大学熱海病院 5. 聖隷沼津健康診断センター 6. 芹沢病院 7. 東部メディカル健康管理センター 8. 中伊豆温泉病院 9. 長岡リハビリテーション病院 10. 三島共立病院 11. 三島中央病院 12. 御成橋栄クリニック		1. 伊豆赤十字病院 2. 伊豆保健医療センター 3. NTT 東日本伊豆病院 4. 国際医療福祉大学熱海病院 5. 聖隷沼津健康診断センター 6. 東部メディカル健康管理センター 7. 中伊豆温泉病院 8. 西島病院 9. 三島中央病院 10. 桑名眼科脳神経クリニック	
受診希望月	4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 検査機関の受付状況により、必ず希望月に受診できるものではありません。			
今年度の4月1日以降に、「市の助成を受けた人間ドック又は脳ドック」、「特定健康診査」は受けましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
助成金額	20,000円	検査費用総額	41,250円	
		自己負担金	21,250円	

上記のとおり助成金(助成券)の交付を申請します。助成金の受領は、受診する指定医療機関に委任します。なお、人間ドック等の検査結果を、市の保健事業に利用することに同意します。

伊豆の国市長 宛

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 伊豆国 花子
申請者氏名

青字は職員記入

(受診者との続柄 本人)

処理欄	受付番号	国保 開始日	保険税収納確認	年齢
	1	令和 4年 4月 4日	完納・滞納	可・否
	助成資格	認定 却下	備考	