様式第１号(第７条関係)

No.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 川根本町国民健康保険人間ドック等受診申請書 | | | | | |
| 被保険者証記号番号 | |  | 資格取得年月日 | |  |
| 世帯主 | 住所 | 川根本町 | | 電話番号 |  |
| 氏名 |  | | | |
| (フリガナ)  受診者氏名  生年月日 | | （　　　　　　　　　　　　　　　）  年　　月　　日生(　　歳) | | | 性別 |
| 男　・　女 |
| 希望健診機関名 | | □　JA静岡厚生連　静岡厚生病院  　□　藤枝市立総合病院  　□　市立島田市民病院  　□　社会福祉法人　聖隷福祉事業団　聖隷予防検診センター  　□　医療法人社団　平成会　藤枝平成記念病院  　□　公益財団法人　静岡県予防医学協会　総合健診センター・ヘルスポート  　□　社会福祉法人　聖隷福祉事業団　聖隷健康サポートセンターShizuoka | | | |
| 希望する種別  及び  助成申請額 | | □　人間ドック　　　　　　　　　　　　　　　２０，０００円  　□　脳ドック　　　　　　　　　　　　　　　　２０，０００円  　□　人間ドック及び脳ドックのセット　　　　　３５，０００円 | | | |
| 希望受診日 | | 年　　月　　日(　　) | | | |
| 特定健診の受診 | | 有　　・　　無 | | | |
| 上記のとおり申請します。なお、検査結果の川根本町国民健康保険者への報告及び特定保健指導の対象となった場合には保健指導を受けることに同意します。  　あて先　川根本町長  　　　　　　　年　　月　　日  申請者　住所　川根本町  氏名 | | | | | |

　検査費用の一部助成決定審査のため、属する世帯の川根本町国民健康保険税納税状況を調査することに同意します。

世帯主　氏名　　　　　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　上記申請者の属する世帯の川根本町国民健康保険税納税状況調査結果について報告します。

川根本町国民健康保険税滞納の有無　　　　滞納あり　　・　　滞納なし

年　　月　　日　　税務住民課長　　　　　　　　　　　　　印