

受付番号	
------	--

阪南市国民健康保険人間ドック等助成申請書

(令和 年 月申請分)

被保険者証 記号・番号	阪 南 国	受 診 者	氏 名		世 帯 主 と の 続 柄	
			生年月日	昭 ・ 平		

申請区分 { 人間ドック
脳ドック
人間ドック及び脳ドック

阪南市国民健康保険人間ドック等助成要綱に基づき、人間ドック等の助成を申請します。

人間ドック等は、要綱に基づき、市及び契約医療機関の指示に従い、受診します。また、人間ドック等の結果について、健康増進及び疾病予防等の目的に利用することを承諾します。

阪南市長 様

令和 年 月 日

申 請 人 (世 帯 主)	住 所	阪南市
	氏 名	印
	電話番号	

※阪南市使用欄

申請時確認
<input type="checkbox"/> 国保資格
<input type="checkbox"/> 収納状況
<input type="checkbox"/> 年齢 (20歳以上)
<input type="checkbox"/> 同一年度内受診
<input type="checkbox"/> 40歳以上の特定健診 対象者は受診券回収
<input type="checkbox"/> メモ入力
<input type="checkbox"/> 説明書を手交

※発券処理欄

受付者	受 付 印