

様式第1号（第6条関係）

越前町国民健康保険人間ドック助成申請書

受 診 者	被保険者証番号	井え
	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	電話番号 (連絡がとれる番号)	
<b>受診を希望する指定健診機関</b> 希望する機関に○をつけて下さい。  ※各医療機関の定員を超えた場合は、希望の機関で受診できないことがあります。		1. 織田病院 2. 公立丹南病院 3. 県民健康センター 4. 福井県済生会病院 5. 福井赤十字病院
<b>受診希望月</b> 希望する時期に○または記入して下さい。 ※定員がありますので、希望の時期にそえないことがあります。		1. ( ) 月頃  2. 特になし
下記事項に同意の上、越前町国民健康保険人間ドック受診費用の助成を申請します。 <b>同意事項</b> □にレ点を付けてください。 <input type="checkbox"/> 受診にあたり他の健康診査との重複受診はしません。 <input type="checkbox"/> 受診当日に資格を喪失しているときは受診しません。受診した場合、町が負担した金額を返還します。 <input type="checkbox"/> 越前町が必要な最低限度の個人情報を受診健診機関に提供することに同意します。また、保健指導等に活用するため、受診結果について、受診健診機関から提供を受けることについて同意します。  <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 越前町長 様  <div style="text-align: right;">氏 名 _____ 印 (※自署して下さい。)</div>		

(添付書類)

- ①被保険者証 ②健康診査受診券（5月以降の申込みのとき）

収納	受診券	受付