

★ 先着順 ★

※対象は神崎市国保にご加入で、40歳以上(R3.4.1現在)で検査日に75歳未満の方
※申込受付期間：随時受付※定員になり次第締め切ります

第1号様式（第7条関係）

神崎市国民健康保険人間ドック検査費助成申込書

令和 年 月 日

このことについて、神崎市国民健康保険人間ドック検査費助成事業実施要綱第7条の規定により
下記のとおり申請します。

なお、健診結果が受診した指定医療機関から保険者（神崎市）に提出されることに同意します。

神崎市長 松本茂幸 様

住 所 神崎市

申込者氏名

被保険者証記号番号					
世 帯 主				電 話	
人間ドック 申込者 ①	氏 名			続 柄	男 ・ 女
	生年月日	昭和 年 月 日		年 齢	歳
	適用開始 年 月 日	S ・ H ・ R 年 月 日		キャンセル 待ち希望	する ・ しない
人間ドック 申込者 ②	氏 名			続 柄	男 ・ 女
	生年月日	昭和 年 月 日		年 齢	歳
	適用開始 年 月 日	S ・ H ・ R 年 月 日		キャンセル 待ち希望	する ・ しない

※神崎市国保人間ドックを希望される方について、必要事項を記載の上窓口にて提出してください。
申請書に不備がある場合は、受付できませんのでご注意ください。

市 確認事項	<input type="checkbox"/> 国保資格 <input type="checkbox"/> 年齢要件 (R3.4.1現在、40歳以上で検査日に75歳未満) <input type="checkbox"/> 国保税完納
-----------	--

受付番号	
------	--