

第1号様式

川西町国民健康保険人間ドック助成金交付申請書

被保険者証記号・番号	奈17	
受診者氏名・年齢		歳
生年月日・性別	年 月 日	男 ・ 女
受診予定病院		
受診予定日	年 月 日	
<p>川西町国民健康保険人間ドック助成要綱第5条第1項の規定により、上記のとおり申請します。          申請にあたり、次のことに同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・検査結果は、特定健康診査・特定保健指導に利用すること</li> <li>・受診する年度中に特定健康診査を受診しないこと</li> </ul> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>川西町長 殿</p> <p style="text-align: center;">申請人 住 所 川西町 氏 名 電 話</p>		

※資格審査項目の欄は記入しないでください。

資格審査項目(次の3項目のいずれにも該当していること。)	適	不適
① 受診予定日現在、1年以上継続して被保険者の資格を有し、満40歳以上の被保険者であること。		
② 国民健康保険税を完納している世帯の被保険者であること。		
③ 受診する年度中に特定健康診査を受診していないこと。		