

年 月 日

丹波篠山市長 様

〒 住所 丹波篠山市 \_\_\_\_\_

申請者（世帯主）氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

丹波篠山市国民健康保険人間ドック等受診助成申請書

人間ドック等受診助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

被保険者証番号								フリガナ 世帯主氏名	
受診助成を申請 する被保険者	フリガナ 氏 名								
	生年月日								
受診 医療 機関 等 名	受診（予定） _____ 月 受診（予定）医療機関名 _____ <input type="checkbox"/> 人間ドック（半日・1日・泊 _____ 日） <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> その他								

※ ここから下の欄は記入しないでください。

資格審査	資格取得	S・H 年 月 日			年齢	該当・非該当
		1年以上・1年未満			保険税	完納・未納
審査結果	可・否	決定番号		医療係確認欄		税係確認欄