

年 月 日

南山城村長 あて

申請者（対象者）

住所 〒

南山城村

氏名

電話番号

南山城村国民健康保険及び後期高齢者医療人間ドック等助成金交付申請書

南山城村国民健康保険人間ドック等費用助成金交付要綱第6条の規定により助成金の交付を受けたいので、同条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、健診結果は南山城村において保存し、健診結果を南山城村が実施する保健指導等に利用すること、及び健診結果の一部を国の統計資料として使用することに同意します。

記

対象者	ふりがな						
	氏名						
	国民健康保険被保険者記号番号	南	—				
	後期高齢者医療被保険者番号						
	生年月日	年	月	日	( 歳)	性別	男 ・ 女
受診年月日	年 月 日						
申請区分及び医療機関 (該当する区分にチェック)	<input type="checkbox"/> 現物給付 (受診する医療機関にチェックしてください) <input type="checkbox"/> 京都山城総合医療センター <input type="checkbox"/> 京都第一赤十字病院 <input type="checkbox"/> 京都田辺中央病院 <input type="checkbox"/> 岡波総合病院 <input type="checkbox"/> 償還払い						
健診の種類	(該当する健診にチェックしてください) <input type="checkbox"/> 日帰り人間ドック ( <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん ) <input type="checkbox"/> 一泊人間ドック ※胃の検査の種類 ( <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム ) <input type="checkbox"/> 脳ドック						

以下は、「償還払い」を選択した方のみ記入してください。

医療機関名		受診年月日	受診費用	
		年 月 日	円	
振込先	銀行・金庫 農協・信組 ( )	本店 支店・出張所	預金 種別	1 普通 2 当座
	口座番号	フリガナ		
		口座名義人		

※「償還払い」により申請する場合、人間ドック等検査結果（検査項目及び結果数値の確認ができるもの）又はその写し、人間ドック等費用の領収書（原本）及び振込先金融機関の通帳等の写しが必要です。

※質問票も記入してください(受診結果に含まれる場合は不要)。