

高槻市国民健康保険人間ドック等受領委任払いに係る受診券交付申請書

被保険者記号・番号		高国				—				—			
受診者	氏名												
	生年月日・受診日時点の年齢	昭和・平成	年	月	日								歳
受診区分		1. 人間ドック			2. 脳ドック			3. 肺ドック					
受診保険医療機関等名称													
受診保険医療機関等所在地													
受診予定年月日		令和	年	月	日								

(受診区分記入のご注意)

人間ドック、脳ドック、肺ドックを異なる日に受診する場合は、それぞれの受診が助成の対象となりますので、別々に申請してください。同日(宿泊を伴う受診の際は宿泊期間中)に複数のドックを受診するときは、合計費用額に対して助成されますので、その組み合わせに○をしてください。

助成要件確認欄	☐ 1. 受診日において30歳以上の被保険者で、納期到来分までの保険料を完納している世帯に属している者であること。
	☐ 2. 助成の対象となる人間ドック、脳ドック及び肺ドックは、別表に掲げた内容であることに同意すること。
	☐ 3. 受診日の属する年度の人間ドック、脳ドック及び肺ドックにおいて、同一の助成を受けていないこと。
	☐ 4. 受診日の属する年度の人間ドックの助成については、同一年度内に特定健診を受診していないこと。
	☐ 5. 人間ドックの助成については、指定検査項目を必ず受診し、受診後その結果等を指定の連絡票の提出により報告いただけること。また、そのデータを特定保健指導等に活用することに同意いただけること。

令和 年 月 日

高槻市国民健康保険人間ドック等助成事業実施要綱第9条に定める助成金の請求の特例(保険医療機関等への助成金の受領委任)を受けるため、人間ドック等受領委任払いに係る受診券の交付を申請します。

(宛先)高槻市長

申請者	住所
(受診者)	
	氏名
	電話番号

助成についての要件を満たしていると認め、上記の人間ドック等受領委任払いに係る受診券を交付します。

起案日 令和 年 月 日
決裁日 令和 年 月 日

受付番号	
------	--