

様式第 1 号（第 5 条関係）

国民健康保険人間ドック受診申請書				
年 月 日				
加須市長 様				
住 所 加須市				
申請者 氏 名				
電話番号				
国民健康保険人間ドックの助成を受けたいので、加須市国民健康保険人間ドック等助成要綱第 5 条第 2 項の規定により申請します。				
被 保 険 者 記 号 番 号			受 診 日	年 月 日
受 診 医 療 機 関				
受 診 したい 被 保 険 者	氏 名		性 別	
	生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳

注 太枠内のみ記入してください。

要 件 審 査	受 診 票 発 行 日	年 月 日
	受 診 票 発 行 番 号	
受 診 要 件	適 否	備 考
被 保 険 者 資 格	有 ・ 無	
国民健康保険税	完 納 ・ 未 納	
特定検診の受診	未 済 ・ 済	
審査の結果、受診要件に 適合している 適合していない ので 承認 却下 します。		
年 月 日		