

様式第3号（第5条関係）

国民健康保険併診ドック受診申請書

年 月 日

加須市長 様

住 所 加須市

申請者 氏 名

電話番号

国民健康保険併診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		済生会 加須病院			
受 診 コ ー ス		A充実ドック ・ B基本ドック+オプション (MRI及びMRA)			
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