様式第１号（第６条関係）

**人間ドック費用助成申請書**

下記の通り人間ドック費用の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で国民健康保険税および後期高齢者医療保険料の納税状況等を確認することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  |
| **申請者氏名** |  |
| **申 請 者****住　　所** | 　〒　　多可町　　　 　　　区 　　 　　　　番地 |
| **生年月日** | 　　　　　　年　　月　　日 | **年　齢** | 歳 |
| **電話番号** | （　 　　）　　　－ | **性　別** | 男　・　女 |
| **加　　入****医療保険** | □ 国民健康保険□ 後期高齢者医療 | **被保険者証** | **記号** |  |
| **番号** |  |
| **調査確認欄** | 1. 今年度中に健康診査（町ぐるみ健診、特定健診等）の受診がありますか。

 □ なし　　　□ あり1. 人間ドック受診に係る他からの助成や補助がありますか。

□ なし　　　□ あり |
| **受診予定****医療機関名** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **受診予定日** |  |
| **代理受領****委　　任****(※１)** | 私は、（受領委任医療機関）多可赤十字病院を代理人と定め、人間ドック費用助成金の受領に関する権限を委任します。□同意する　　　□同意しない |
| **検査結果****データ提供****(※２)** | 私は、人間ドック検査結果を多可町へ提供することに同意します。□同意する　　　□同意しない |
| 　　　　　年　　月　　日　　多 可 町 長 　様 住所　多可町 　　 　　区 　　　　　　　　　　　番地 |
|  |  |  |
|  氏名 　 　  |
|  |  |  |

※１　受領委任に同意されると、受領委任医療機関で検査費用から助成額を差し引いた額の請求となります。

※２　提供いただいた検査結果は、多可町健康づくり事業以外の目的で使用いたしません。