別記様式第１号（第６条関係）

（内灘町国民健康保険）　　人間ドック受検承認申請書

被保険者記号番号			世帯主氏名	
受検者	ﾌﾘｶﾞﾅ		男・女	世帯主との続柄（　　） 年　月　日生（　　歳）
	氏名			
受検予定日	年　月　日　～　年　月　日			
受検内容	□ 日帰り人間ドック　□ １泊２日人間ドック　□ 脳ドックのみ受検 □ 脳ドック追加　□ その他（　　）			
検査機関	指定検査機関		□その他検査機関希望 （特別の事情のある場合） 検査機関名	
	□金沢医科大学病院	□石川県予防医学協会		

【 同 意 欄 】※下記の要件をご確認の上、必ずチェック☑を入れてください。

□　次のいずれにも該当します。また、助成金受領後に該当していないことが判明した場合は、助成金を返還します。
・国民健康保険税の滞納がないこと
・人間ドック等を受検する年度中に町の実施する特定健診を受診していない（受診しない）こと

□　検査結果について検査機関から内灘町に情報提供すること、および特定保健指導（町保健師の事後指導）等に活用されることに同意します。

上記のとおり、人間ドックを受検したく申請します。

内　灘　町　長　　年　月　日

申請者（受検者）　住　所　内灘町
（署名又は記名押印）
氏　名
ＴＥＬ

※ 審　査	年　月　日	※区分	承　認　・　不承認（理由　　）
※ 受検票発行日	年　月　日	※ 承認番号	第　　号

注）1.この申請書を提出するときは、あらかじめ検査機関に検査する期日等の内諾を得てください。
2.※印欄は、記入しないでください。
3.申請内容に変更があるときは、お申し出ください。