

様式第 1 号(第 6 条関係)

国民健康保険人間ドック等受診届出書

年 月 日

高島市長

受診者 住 所 高島市  
氏 名  
電 話

下記のとおり（人間ドック・脳ドック）を受診し、人間ドック等費用助成金の交付を受けたいので、高島市国民健康保険人間ドック等費用助成金交付要綱第 6 条の規定により届け出ます。

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	滋た	
ふ り が な		(生年月日)
受 診 者 名		年 月 日生 ( 歳)
受診医療機関名		
受診予定年月日	年 月 日～ 月 日	
受 診 予 定 の が ん 検 診	<input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 乳がん ※受診予定の項目に✓してください。 なお、✓いただいた項目について、市が実施するがん検診を受診している場合は、助成対象となりません。	
受診費用(見込額)	円	