

国民健康保険

後期高齢者医療保険

再交付

人間ドック・脳ドック健診補助金(再)交付申請書兼利用申込書

申 込 日	令 和 年 月 日		利 用 券 番 号				
住 所	大山崎町字 大山崎 小字 円明寺 下植野			番 地			
氏 名	フ リ ガ ナ	受 取 サ イ ン (窓口受領の場合)	町記入欄				
			性 別	男 · 女			
生 年 月 日	大 正 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 (歳) ※受診日時点	電 話 番 号	— —				
被 保 险 者 記 号	國 民 健 康 保 险	崎 -					
	後 期 高 齡 者 医 療 保 险						
受 診 日	<input type="checkbox"/> 人 間 ド ッ ク : 令 和 年 月 日 (曜日)						
	<input type="checkbox"/> 脳 ド ッ ク (国保のみ) : 令 和 年 月 日 (曜日)						
実 施 医 療 関 連 名	<input type="checkbox"/> 京 都 桂 病 院			<input type="checkbox"/> 京 都 市 立 病 院			
	<input type="checkbox"/> 京 都 济 生 会 病 院			<input type="checkbox"/> 武 田 病 院			
	<input type="checkbox"/> 蘇 生 会 総 合 病 院			<input type="checkbox"/> 宇 治 武 田 病 院			
	<input type="checkbox"/> 御 池 ク リ ニ ッ ク			<input type="checkbox"/> 医 仁 会 武 田 総 合 病 院			
	<input type="checkbox"/> 御 池 ク リ ニ ッ ク レ デ ィ ス プ ラ ザ			<input type="checkbox"/> 京 都 予 防 医 学 セン ター			
	<input type="checkbox"/> 四 条 烏 丸 ク リ ニ ッ ク			<input type="checkbox"/> くみやま 岡 本 病 院			
	<input type="checkbox"/> 京 都 工 場 保 健 会 総 合 健 診 セン ター						
	<input type="checkbox"/> 京 都 工 場 保 健 会 宇 治 健 診 ク リ ニ ッ ク						
	<input type="checkbox"/> 京 都 工 場 保 健 会 山 科 健 診 ク リ ニ ッ ク						
補 助 要 件 再交付の場合は 記入不要	<input type="checkbox"/> (国保) 受 診 日 時 点 で 引 き 続 き 1 年 以 上 大 山 崎 町 国 保 に 加 入 し て い る こ と。					<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> (後期) 受 診 日 時 点 で 引 き 続 き 6 カ 月 以 上 大 山 崎 町 に 住 民 票 が あ る こ と。					<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 年 齡 滿 30 歳 以 上 で、現 在 入 院 又 は 妊 娠 し て い な い こ と。					<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 国 民 健 康 保 险 税、後 期 高 齡 者 医 療 保 险 料 を 完 納 し て い る こ と。					<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> (人 間 ド ッ ク) 今 年 度 中 に 特 定 健 康 診 査・長 寿 健 康 診 査 を 受 診 し な い、し て い な い こ と。					<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 今 年 度 中 に 人 間 ド ッ ク・脳 ド ッ ク を す べ て 受 診 し て い な い こ と。					<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 特 定 健 康 診 査・長 寿 健 康 診 査 と 人 間 ド ッ ク 健 診 を 重 複 受 診 し た 場 合、ま た は 他 の 保 险 の 被 保 险 者 で あ る 期 間 中 に 受 診 し た 場 合、人 間 ド ッ ク 健 診 費 用 (町 贠 担 分) を 返 還 す る こ と。					<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> オ プ シ ョ ン 檢 査 は、全 額 自 己 贊 担 で あ る こ と。					<input type="checkbox"/>	
	再 交 付 理 由 を 選 択 し て く だ さ い						
	再 交 付	<input type="checkbox"/> 紛 失	<input type="checkbox"/> 盗 難	<input type="checkbox"/> 破 損・汚 損	其 他 ()		
本 人 確 認		受 付	交 付 方 法 等	医 療 機 関	郵 送	備 考	
免 許 証・パ 斯 ポ ー ト・保 险 証・ マ イ ナ ン バ ー ()			<input type="checkbox"/> 窓 口 来 庁 予 定 (/) <input type="checkbox"/> 郵 送 予 定 (/)	/	/		