様式第4号(第5条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 | No. |

**国民健康保険人間ドック等検査**

**公立宇出津総合病院補助金交付申請書**

　　年　　月　　日

　（あて先）　能登町長

(記号番号　　　　　　　世帯主名　　　　　　　　　)

申請者　住所

氏名

(　　　　年　　月　　日生)

電話番号：

　私は、能登町国民健康保険人間ドック等検査補助金により、下記のとおり公立宇出津総合病院にて検査を受けたいので申請いたします。

記

1 自己負担額　　　　　　　　　　　　　　　円

2 人間ドック等検査の種別(該当項目に○を付ける。)

人間ドック(　１日、　１泊２日、　２日、　その他：　　　　　)

3 検査年月日　　　　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで

4 医療機関名　　公立宇出津総合病院

5 人間ドック等を受診する日の年度内の健康診査受診の有無（予定含む）　有 ・ 無

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査内容 | | 検査料 | 自己負担額  （1割） | 補助金額  （9割） |
| □  □  □  □  □ | 1日ドック（男性）　35,000円  1日ドック（女性）　37,000円  1泊2日ドック(男性) 57,000円  1泊2日ドック(女性) 59,000円  頭部ＭＲＩ 　　　 14,000円 | 円 | 円 | 円 |

■係記入欄