

年 月 日

加 西 市 長 様

申請者

住所 加西市

氏名 _____

加西市国民健康保険 市立加西病院レディース検診利用助成券交付申請書

レディース検診利用助成券の交付を受けたいので、加西市国民健康保険市立加西病院レディース検診利用助成要綱第5条の規定により申請します。

被保険者証番号		電話番号	
利用する 被保険者	氏 名		
	生年月日		年 齡 満 歳
検診内容	■市立加西病院レディース検診 受診予定日 年 月 日 前年度の受診の有無 (有 ・ 無) ※レディース検診利用助成は2年度に1回の助成となります。		
受診結果 について	下記の点について (同意します ・ 同意しません) ・市立加西病院が受診結果を加西市に提供すること。 ・受診結果を加西市が実施する保健指導に利用すること。		