|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第１号（第６条関係） |  |  |  | 【国保】 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証　　　　　　　　　　　記号・番号 | 南丹 | | 受診者 | フリガナ |  | |
| 氏　名  昭和  平成 | 男・女 | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 受診希望日 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　□バリウム　・　□胃カメラ | | | | | |
| 受診医療機関 | **明治国際医療大学附属病院** | | | | | |
| 受診費用　　　　　　　　　　　　　　　(消費税込) | 費用額（全体） | 【バリウム・胃検査なし】  □　４０，５８５円 | | | | 【胃カメラ】  □　４３，８８５円 |
| 医療機関負担額 | *３，６９０円* | | | | |
| 自己負担額 | □　１１，０６８円 | | | | □　１２，０５８円 |
| □ なし(節目・世帯無受診) | | | | |
| 保険者負担額 | □　２５，８２７円 | | | | □　２８，１３７円 |
| □ 費用額（全体） | | | | |
| オプション | 有　・　無　（オプションは全額自己負担とします。） | | | | |
| 人間ドック検査データを特定健康診査等データとして取り扱うことについて  　平成20年度より特定健康診査等が保険者に義務付けられているため、人間ドックの検査データを南丹市国民健康保険及び京都府国民健康保険団体連合会が一定期間保管します。  　また、検査データの分析結果に基づき、特定保健指導を実施することがあります。  　上記のことに同意し、短期人間ドック利用申込みをします。  　　令和　　　年　　　月　　　日  世帯主住所　〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　　）　　　　－  南丹市長　　　　　　　　　　　様 | | | | | | |

短期人間ドック利用助成金交付申請書兼利用申込書

※この欄には記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格取得日 | 当該年度の利用 | 特定健診の受診 | 国保税 | 自己負担  （無） | 確認印 | 整理  番号 | 受付印 |
| 6箇月以上  ・  6箇月未満 | 有  ・  無 | 有  ・  無 | 完納  ・  未納 | 節目  ・  無受診 |  |  |  |