

江南市国民健康保険 PET-CT 検査費助成申請書

保険証記号番号			
利用者氏名	カガナ	性別	男・女
生年月日	昭和・平成	年	月 日
世帯主氏名			
受診する指定医療機関	愛知県厚生農業協同組合連合会江南厚生病院 (愛知県江南市高屋町大松原 137 番地)		

- ・自費診療による PET-CT 検査費の助成を受けたいので、上記の通り申請します。
- ・助成金の交付要件を確認するため、江南市国民健康保険税の納入状況（利用者及び同一世帯に属する者）、住民基本台帳の情報について市が確認することについて同意します。
- ・指定医療機関から江南市へ、検査結果を提供することに同意します。

令和 年 月 日

江南市長 あて

〒 ー ー

住所 江南市

申請者 (利用者) 氏名 _____

電話番号 (ー ー)

届出者 (届出者は申請者の同一世帯所属者に限る)

氏名 _____

電話番号 (ー ー)

助成対象者

申込時に20歳以上の江南市国民健康保険の被保険者で、検査日まで引き続き国民健康保険の資格を有している者。また、国民健康保険税を完納している世帯に属する者。

職員使用欄	資格確認	有・無	納付状況	適・否	確認者	
-------	------	-----	------	-----	-----	--

助成申請書を郵送で提出する場合は、届出者の本人確認書類（写）を添付してください。また、保険年金課の窓口で手続きする場合は、本人確認書類を提示してください。

本人確認書類とは、以下の身元確認書類を指します。

次のうち一つでよいもの	次のうち二つ以上が必要なもの
<ul style="list-style-type: none">・マイナンバーカード・運転免許証・運転経歴証明書・旅券・在留カードなど	<ul style="list-style-type: none">・公的医療保険の被保険者証・介護保険の被保険者証・年金手帳・住民票の写し・住民票記載事項証明書など