

別記

第1号様式（第6条関係）

富津市国民健康保険短期人間ドック費用助成申込書

年 月 日

富津市長 様

(申込者)

住 所

氏 名

印

電 話

()

短期人間ドックの費用の助成を受けたいので、次のとおり申し込みます。

被 保 険 者 証	記号番号	富津一	世帯主名	
助 成 希 望 者	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日		年 月 日 (満 歳)	
受診を希望する医療機関				
受 診 日		年 月 日 年 月 日	宿泊 ・ 日帰り	
適 用 開 始 日		年 月 日	開 始 理 由	

助成要件

(1) 申込時に到来した納期分までの国民健康保険税を完納していること。
(2) 年齢が受診日において20歳以上であること。
(3) 受診日の属する年度において、市が行う特定健康診査を受診していないこと及び受診する予定でないこと。
(4) 受診日の属する年度において、短期人間ドック費用の助成を受けていないこと。
(5) 短期人間ドックの受診に適さない状態（疾病、妊娠等の状態）でないこと。
(6) 医療機関が短期人間ドックの結果報告を市に提出すること及び助成金を代理受領することについて承諾していること。

同意書

私は、上記助成要件をいずれも満たしており、短期人間ドック費用助成を受けた後に助成要件を満たしていなかったことが判明した場合は、助成を受けた短期人間ドック費用に係る助成金を返金することに同意します。

年 月 日 申込者氏名 印

※市使用欄

課 長	係 長	担 当	受 付	交 付	世帯同封	公印使用