

富津市国民健康保険短期人間ドック費用助成申請書

年 月 日

富津市長 様

申請者（助成希望者又は同一世帯員）
住 所
氏 名
電 話 （ ）

短期人間ドックの費用の助成を受けたいので、富津市国民健康保険短期人間ドック費用助成事業実施要綱第6条の規定により次のとおり申請します。

被 保 険 者	記号番号	富津一	世帯主名	
助 成 希 望 者	氏 名	☐ 申請者と同じ		
	生年月日	年 月 日（ 歳）		
受診の予約をした医療機関				
受 診 日	年 月 日 年 月 日		宿泊 ・ 通院 ・ 日帰り	
適用開始年月日		年 月 日		

助成要件等の確認事項	確認欄
国民健康保険税に未納のない世帯に属している。	はい・いいえ
受診日において20歳以上の被保険者である。	はい・いいえ
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又は受診する予定でない。	はい・いいえ
受診日の属する年度において、短期人間ドックの費用助成を受けていない。	はい・いいえ
現に加療中の疾病等について、短期人間ドックを受診することに支障がない。 （妊娠中の方は、短期人間ドックの費用助成を受けられません。）	はい・いいえ
市から送付される短期人間ドック受診に係る質問票を記入して医療機関に提出することに異議がない。	はい・いいえ
医療機関が短期人間ドックの結果報告書を市に提出すること及び短期人間ドック費用の助成金が市から直接医療機関に支払われることを承諾する。	はい・いいえ
上記要件を満たしていなかった場合、受診後に上記要件を満たさなくなった場合、受診日以前に他の医療保険に加入した場合若しくは富津市から転出した場合又は受診後に受診日以前に遡って富津市国民健康保険の資格を喪失した場合には、短期人間ドック費用の助成金を市に返還しなければならないことを承知している。	はい・いいえ

※市使用欄

課 長	係 長	担 当	受 付	交 付	世帯同封	公印使用