

別記

第1号様式（第6条関係）

記入例

国保

富津市国民健康保険短期人間ドック費用助成申込書

令和3年 4月 1日

富津市長 様

申込者（助成希望者又は同一世帯員）

※申込者の部分と太枠内をご記入ください 住所 富津市下飯野2443番地

氏名 富津 太郎

電話 0439(80)1222

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、次のとおり申し込みます。

被保険者証	記号番号	富津—00001	世帯主名	富津 太郎
助成希望者	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申込者と同じ		
	生年月日	昭和●●年●月●日（満45歳）		
受診を希望する医療機関		●●●●クリニック		
受診日	令和●年●月●日 令和●年●月●日	宿泊 ・ <input type="checkbox"/> 通院 ・ 日帰り		
適用開始年月日	年 月 日			

助成要件等

助成要件等についての確認事項	確認欄
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世帯に属している。	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
年齢が受診日において20歳以上である。	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> 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、かつ、受診する予定でない（市が行う特定健康診査と重複受診した場合には、短期人間ドック費用の助成金を返還していただきます。）。	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
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。	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> 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、短期人間ドック費用の助成を受けることはできません。）	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
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短期人間ドックの費用の助成金は市から医療機関に支払われることについて承諾している。	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
上記要件を満たしていなかったことが判明した場合には、短期人間ドック費用の助成金を返還しなければならないことについて了承している。	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ