別記
第１号様式（第６条関係）

後 期

富津市後期高齢者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（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、富津市後期高齢者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。

助成希望者	被保険者番号	
	氏　名	□申込者と同じ
	生年月日	明・大・昭　　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　・　通院・　日帰り
資格取得日	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後期高齢者医療保険料を完納している。	はい　・　いいえ
受診日の属する年度において、市が行う健康診査を受診していない、かつ、受診する予定でない（市が行う健康診査と重複受診した場合は、短期人間ドック費用の助成金を返還していただきます。）。	はい　・　いいえ
受診日の属する年度において、短期人間ドック費用の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。	はい　・　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。	はい　・　いいえ
上記助成要件を満たしていない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。	はい　・　いいえ

※市使用欄

課　長	課長補佐	係　長	担　当	受　付	交　付	世帯同封	公印使用