

富津市後期高齢者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請します。

助成希望者	被保険者番号		
	氏 名	☐ 申請者と同じ	
	生年月日	明・大・昭 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	
資格取得日	年 月 日		

助成要件等の確認事項	確 認 欄
後期高齢者医療保険料に未納がない。	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、短期人間ドック費用の助成を受けていない。	はい・いいえ
現に治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
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のない者。	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の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
上記助成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後期高齢者医療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