

課長	課長補佐			受付	年	月	日
				伺	年	月	日
				決定	年	月	日
				発行	年	月	日

下野市国民健康保険

後期高齢者医療制度 人間ドック検診等助成金交付申請書(指定外医療機関用)

被保険者証(記号)番号			氏名						
性別	男	女	生年月日	S・H	年	月	日		
1. 人間ドック検診等			人間ドック (日帰り・一泊)		総合ドック (脳・心臓・すい臓)				
			脳ドック		心臓ドック				
2. 今年度に特定健診・健康診査の受診の有無 (受診ありの場合は助成対象外です)				有 (		年	月	日)	無
検診年月日			年					月	日
検診実施医療機関									
助成金交付申請額			25,000円						
<p>上記のとおり、人間ドック検診等について、必要事項を記入のうえ、<b>領収書・受診結果を確認できる書類</b>を添えて助成金の交付を申請します。(ただし、後期高齢者医療制度の被保険者の方については、受診結果を確認できる書類の提出は不要です。)なお、人間ドック検診等助成金は、国民健康保険税又は後期高齢者医療保険料の納期限が到来している分まで完納していることが条件であり、未納があった場合は助成対象外であることを理解した上で申込みを行いません。</p> <p>また、国民健康保険被保険者の方の検査結果を、市が特定健診結果として管理することに同意します。</p> <p>なお、人間ドック受診は年度内1回のみで、同じ年度内に国民健康保険特定健診又は後期高齢者健康診査との重複受診はできません。</p>									
下野市長			様		年			月	日
			住所		下野市				
			世帯主氏名						
			申請者氏名		印				
			(TEL		— — )				

※人間ドック検診等決定(却下)通知書は、後日、市民課から郵送いたします。

確認欄	受診券回収	納付状況	結果		結果通知発送日	
	済 未	済 未	決定	却下	月	日