

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(記号)番号		氏名	
生年 月 日	年 月 日	ドック受診時の年齢	歳
1. 人間ドック検診等 (該当する項目にチェック☑)	☐ 一般ドック・日帰り ☐ 一般ドック・宿泊 ☐ 脳ドック ☐ その他ドック()		
2. 今年度に特定健診・健康診査の受診の有無 (<u>受診ありの場合は助成対象外です</u>)		☐ 有(助成対象外) ☐ 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		
人間ドック検診等助成金の交付は、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す。なお、検診後に<u>検診費用に係る領収書及び検診結果を確認できる書類</u>を添えて助成金の請求を行います。 また、検診結果は市が特定健康診査等結果として管理することに同意します。 下野市長 様 年 月 日 住所 下野市 世帯主氏名 申請者氏名 (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	