

（表）

国民健康保険人間ドック健診費助成事業申請書					
					令和 年 月 日
下妻市長 様		(申請者) 住 所 下妻市			
		氏 名			
		電話番号			
人間ドック健診費の助成を受けたいので、下妻市国民健康保険人間ドック健診費助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。					
世帯主氏名					
健診を受ける方	フリガナ				性別
	氏名				男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成	年	月	日
		年齢	歳		
	被保険者証記号番号	下妻			
健診の種類及び助成額	人間ドック健診（日帰り）		助成額	20,000円	
健診機関名					
健診日	令和 年 月 日（ ）				
同 意 書					
人間ドック健診の結果及び問診内容等のうち、特定健康診査に係る検査項目に関して、健診機関を通じて下妻市に報告され、必要に応じ特定保健指導に活用されることに同意します。					
令和 年 月 日					
受診者氏名（自署） _____					

費用負担	健診費	円
	市助成金	円
	受診者負担金	円
保険者整理用	該当・非該当	整理番号

（注）裏面の注意事項を確認の上、記入してください。

(裏)

<記入上の注意>

- 1 太枠内のみ記入してください。
- 2 ご自身で健診機関に人間ドックの予約をしてから、申請書を提出してください。
- 3 「年齢」の欄は、健診日における年齢を記入してください。
- 4 申請後、国民健康保険税の納付状況を確認します。
- 5 健診予定日に受診できなくなったときは、予約の変更後、下妻市役所保険年金課に届け出てください。
- 6 健診日に国民健康保険の資格のない方は、助成は受けられません。
- 7 人間ドック健診費の助成は、同年度に特定健康診査を受診している場合には受けられません。  
また、下妻市脳検診補助金交付要項に基づく補助金の交付を受ける場合にも助成は受けられません。
- 8 健診項目を全て受診しないと、助成が受けられない場合があります。