

人間ドック等受診料助成申請書

令和 年 月 日

丹波市長 林 時彦 様

人間ドック等の受診料について助成を受けたいので、下記のとおり申請します。
本申請にあたり、保険税（料）情報の閲覧及び健診結果の提供について同意します。
(修正液や修正テープでの修正はしないでください。) *太枠内のみ記入ください

被 保 険 者 (受診される方)	住 所	丹波市		
	氏 名			
	生年月日	昭 ・ 平 年 月 日生		
	電話番号			
保険の種類と 被保険者証番号	種類	① 国民健康保険	番号	- (枝番)
	種類	② 後期高齢者医療保険	番号	
医 療 機 関 等 (いずれか1つ)	医療機関名			
	予定日	令和 年 月 日		
	種 類	① 人間ドックのみ	② 脳ドックのみ	③ 人間ドック・脳ドック
		※PET 検査単独の受診は助成の対象になりません。		
女性のみ	子宮頸がん検診 ・ 乳がん検診を受診される場合 ①人間ドックと一緒に ②人間ドックとは別 (医療・健診機関名)			

※市発行の受診券を持参されていない場合は、助成金請求時にご持参ください。
(脳ドックのみを受診される場合は、返却不要です。)

受 付 者 確 認 欄	
受診券返却	あり ・ なし
特 記 事 項	

支所受付印	担当課受付印

担当課処理欄 受付番号 _____

資格 審査	資格取得 年月日	年 月 日	保険税（料） 納付状況	完納 ・ 未納有
	特定健診等 受診状況	受診(申込) あり ・ なし	年度内人間ドック ・脳ドック受診	あり ・ なし
審査 結果		可 ・ 否	受診券番号	
	決定通知 発送日	年 月 日	子宮頸がん・乳がん 検診受診券返却	不要 ・ 要