

白井市人間ドック等助成金承認申請書

年 月 日

（宛先）白井市長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

（自署の場合は押印不要）

白井市人間ドック等助成金の承認を受けたいので、白井市人間ドック等助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

被保険者証記号番号	
生 年 月 日	年 月 日（受検予定日において 歳）
受 検 種 別	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック
受 検 医 療 機 関	
受 検 予 定 日	年 月 日
特定健康診査等の受診（予定）の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
同 意 事 項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 契約医療機関で受検する場合において、必要書類の確認ができない場合又は受検項目確認表に記載された助成金の額に変更が生じた場合の助成金は償還払いによる支給となること。</li> <li>・ 契約医療機関が助成金の代理受領を行う場合において、当該助成金の受領を委任すること及び白井市が契約医療機関から検査結果報告書の写しの提供を受けること。</li> <li>・ 契約医療機関以外で受検した場合において、検査結果報告書の写しを提出すること。</li> <li>・ 検査結果を保健指導等に活用すること。</li> </ul>

市 確 認 欄	確認事項（国保）	確認事項（後期）
	<input type="checkbox"/> 受検予定日において、白井市国民健康保険被保険者であり、年齢が満40歳以上である。	<input type="checkbox"/> 受検予定日において、千葉県後期高齢者医療被保険者であり、白井市に住所を有している。
<input type="checkbox"/> 国民健康保険税（納期到来分）を完納している。	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料（納期到来分）を完納している。	
<input type="checkbox"/> 当該年度に特定健康診査を受診していない。	<input type="checkbox"/> 当該年度に後期高齢者健康診査を受診していない。	
<input type="checkbox"/> 人間ドック等の助成の制限を超えていない。	<input type="checkbox"/> 人間ドック等の助成の制限を超えていない。	
判定	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	（不承認の理由）