

白井市人間ドック等助成金受検項目確認表交付申請書

年 月 日

（宛先）白井市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

契約医療機関の代理受領により白井市人間ドック等助成金の交付を受けたいので、下記同意事項に同意し、白井市国民健康保険人間ドック等助成金交付要綱第6条又は白井市後期高齢者医療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"> ・契約医療機関に受検項目確認表の提出ができない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。 ・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。 ・検査結果は特定健康診査（後期高齢者の場合は後期高齢者健康診査）の受診とみなし、保健指導等に活用されること。 ・助成対象者としての要件を欠いたときは、速やかに受検項目確認表を返還すること。また、すでに助成金の交付を受けており受検項目確認表の返還ができない場合においては、速やかに助成金を返還すること。

	確認事項（国保）	確認事項（後期）
市 確 認 欄	<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"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	（交付不可の理由）