

開成町国民健康保険人間ドック助成利用申請書

		受付番号		
受 検 者	被保険者番号	60 —	(枝番)	
	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年 月 日	受検時 年齢	歳
	住所	開成町		
	電話番号			
受検医療機関名				
受検予定年月日		年 月 日		
上記のとおり、人間ドック受検費用の助成を受けたいので申請します。				
年 月 日				
開成町長様				
申請者（世帯主）				
※①～⑥の問いに、はい・いいえでお答えください。				※職員確認欄
①受検日において、開成町国民健康保険の被保険者であり、かつ満35歳以上75歳未満です。		はい・いいえ	可・否	
②人間ドックの受検日の前年度において、年間を通じて被保険者です。		はい・いいえ	可・否	
③開成町国民健康保険税の未納がない世帯です。		はい・いいえ	可・否	
④今年度、町が実施する特定健康診査を受検していません。または、今年度、町が実施する特定健康診査は受検しません。		はい・いいえ	可・否	
⑤今年度、町が実施するがん検診等のうち、人間ドックで受検するものは受検しません。※		はい・いいえ	可・否	
⑥検査結果の写しを町に提出することに同意します。				
◎ 提出された検査結果により、町の特定健康診査・がん検診を受検したものとみなします。		はい・いいえ	可・否	

※自費のみで受ける検診を制限するものではありません。