

後期高齢者人間ドック助成利用申請書

（あて先）開成町長

次のとおり、人間ドック受検費用の助成を受けたいので、申請いたします。

年 月 日

申請者 (受検者)	被保険者番号			
	フリガナ			性別 男・女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	受検時 年 齡	歳
	住 所	開成町		
	電話番号			
検査医療機関名				
受検予定年月日		年 月 日		

※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、神奈川県後期高齢者医療の被保険者であり、開成町の住民です。	はい・いいえ 可・否
②後期高齢者医療保険料の未納がありません。	はい・いいえ 可・否
③今年度、開成町国民健康保険人間ドック助成を受けていません。	はい・いいえ 可・否
④今年度、町が実施する特定健康診査またはしいがし健診は受検しません。	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。	可・否
◎ 提出された検査結果により、町の後期高齢者健康診査・がん検診を受検したものとみなします。	

※自費のみで受ける検診を制限するものではありません。