

第1号様式（第6条関係）

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	被保険者証番号	60 — (枝番)					
	フリガナ			性別	男・女		
	氏名						
	生年月日	昭和・平成	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		令和	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。							
令和 年 月 日							
開成町長様							
申請者（世帯主）							
※①～⑤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診していません。または、今年度、町が実施する特定健康診査を受診しません。		はい・いいえ		可・否			
⑤検査結果の写しを町に提出することに同意します。		はい・いいえ		可・否			
◎ 提出された検査結果により、町の特定健康診査・がん検診を受診したものとみなします。		はい・いいえ		可・否			