

郵便申請用

様式第1号(第5条関係)

かすみがうら市後期高齢者人間ドック等補助金交付申請書

市 用

利用者	被保険者番号		交付番号	※
	受診券番号	※		
	現住所	〒 茨城県かすみがうら市		
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名			
	生年月日	年	月	日
希望するドックの種類	人間ドック・脳ドック・心臓ドック			
医療機関名				
健診日	年	月	日	
健診料	※		円	
補助金額	※		円	
受診者負担金	※		円	
利用者同意欄				
<input type="checkbox"/> 人間ドックを利用するので、今年度はかすみがうら市が助成する高齢者健康診査（集団健診、医療機関健診）及びがん検診等は受けません。重複受診した場合は、高齢者健康診査及びがん検診等にかかる費用をかすみがうら市に返還いたします。				
<input type="checkbox"/> 人間ドックの検査結果及び問診内容等について、健診機関を通じてかすみがうら市に報告され、かすみがうら市及び茨城県後期高齢者医療広域連合が実施する保健事業にて結果情報を保存、活用されることに同意します。				
※同意する場合は上記チェック欄(□)に✓印を記入してください。				
上記事項に同意のうえ、かすみがうら市後期高齢者人間ドック等補助金交付要綱に基づき、補助金の交付を申請します。				
年 月 日				
(あて先)かすみがうら市長		申請者 住所 _____		
		氏名 _____		
		電話 _____		
納期の到来した後期高齢者医療保険料を完納している			※	取扱者 ※

←被保険者番号は、お持ちの保険証を見て、ご記入ください。

←ご利用する方の住所、氏名、生年月日をご記入ください。

←予約されたドックの種類を○で囲んでください。(併診の場合は、人間ドックと脳ドック又は心臓ドックの両方に○)

また、予約された医療機関名、予約日もご記入ください。

←同意事項をご確認いただき、✓の記入をお願いします。

←利用者される方の住所、氏名、電話番号をご記入下さい

※欄は記入しないでください。

※欄は記入しないでください。太枠箇所を全てご記入願います。