

申請書記入例

様式第1号（第6条関係）

佐倉市後期高齢者医療人間ドック助成承認申請書

申請日を記入してください

令和 3年 5月 2日

申請者は受検希望者同一者となります

申請者
(受検希望者)

住所 佐倉市海隣寺町97
氏名 後期 一郎
電話番号 043-484-6136



印鑑も忘れずに押してください

下記のとおり人間ドックを受検するため、佐倉市後期高齢者医療にに基づき申請します。なお、佐倉市が医療機関から人間ドックの結果報告を受けること、検査結果を保健指導等に活用されること、また指定医療機関が助成金の代理受領を行う場合における

保険証に記載された番号を記入してください

※太枠内のみ記入してください。（該当する項目に☑を記入してください）

申込年度	令和3年度	
被保険者番号	01234567	
受検希望者	氏名	後期 一郎
	生年月日	昭和18年12月31日（受検日において77歳）
受検医療機関	（所在地）佐倉市*****	
	（名称）*****病院	
受検ドック区分	<input type="checkbox"/> 短期人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input checked="" type="checkbox"/> 併用ドック（短期人間ドック+脳ドック）	
受検年月日	令和3年 5月31日 ~ 令和3年 5月31日	
脳ドックのみを受検する場合の健康診査等受診状況	<input type="checkbox"/> 健康診査受診（ 年 月 日 受診・予定）	
	<input type="checkbox"/> 人間ドック受検（ 年 月 日 受検・予定）	

受検希望者は申請者同一者となります

ドックを予約した病院等の所在地と名称、区分、受検予定日等、太枠内をすべて記入してください

欄	当該年度の健康診査受診状況	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
交付	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口交付（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 未納あり
		<input type="checkbox"/> 受診済（確認： <input type="checkbox"/> 受診券 <input type="checkbox"/> 診査結果） <input type="checkbox"/> 未受診（受診券： <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 未回収）

※この申請書は、受検日が決まり次第、速やかにご提出ください。
※助成される人間ドックは、佐倉市の他事業による助成等との併用はできません。
※脳ドックのみを受検される方で健康診査を受診済の方は、受付印のある佐倉市検診受診券または健康診査の受診結果の写しを添付してください。