

# 記入例

## 佐倉市国民健康保険人間ドック助成承認申請書

- ・申請日、申請者を記入してください。
- ・申請者は受検希望者と同一者となります。
- ・印鑑も忘れずに押してください。

平成29年 6月 13日

住所 佐倉市海隣寺町97番地  
 申請者氏名 佐倉 太郎  
 電話番号 043-484-6604

佐倉印

下記のとおり、人間ドックを受検するため、佐倉市国民健康保険人間ドック助成金交付要綱により申請します。また、同意事項に同意いたします。

記

※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	29 年度		
被 保 険 者 番 号	倉 012345-6	世帯主	佐倉 太郎
受 検 希 望 者	氏 名	佐倉 太郎	
	生年月日	昭和49年 5月 17日（受検日において43歳）	
受 検 医 療 機 関	（所在地）佐倉市〇〇町1-2		
	（名 称）〇〇〇〇病院		
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	平成29年 7月 22日		
脳ドックのみを受検する場合の特定健康診査等受診状況	<input type="checkbox"/> 特定健康診査受診（ 年 月 日受診・予定） <input type="checkbox"/> 人間ドック受検（ 年 月 日受検・予定）		

同 意 事 項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・指定医療機関が助成金の代理受領を行う場合において、当該助成金の申請手続について委任すること</li> </ul>
---------	---

- ・受検希望者は申請者と同一者となります。
- ・ドックを予約した病院等の所在地と名称、受検予定日等、太枠内をすべて記入してください。

併用するため、特定保健指導担当課に健診結果を提出してください。  
 助成等との併用はできません。  
 受診済の方は、受付印のある特定健診受診券または

市 確 認 欄	資 格 状 況	佐倉市国民健康保険加入者で20~74歳の方	<input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当
	納 税 状 況	佐倉市国民健康保険税の滞納の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	特定健診の受診状況	当該年度の特定健康診査受診の有無	<input type="checkbox"/> 受診済 （ <input type="checkbox"/> 受診券・ <input type="checkbox"/> 健診結果） <input type="checkbox"/> 未受診
	承 認 書 交 付	<input type="checkbox"/> 郵送 ・ <input type="checkbox"/> 窓口交付（ 年 月 日）	