

別記

様式第1号（第6条関係）

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。
- ・自署の場合は押印不要です。

令和6年 4月 12日

住 所 佐倉市海隣寺町97番地

申請者 氏 名 佐倉 太郎 (印)

電話番号 043-484-6604

(自署の場合押印不要)

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、下記同意事項に同意いたします。

記

同 意 事 項	<ul style="list-style-type: none">・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。・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。・特定保健指導等に活用するため、特定保健指導担当課に健診結果を提供すること。
---------	---

※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6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50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	令和6年 4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）		

- ・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。