

申請書記入例

申請日を記入してください

佐倉市後期高齢者医療人間ドック助成承認申請書

申請者は受検希望者と同一者となります

(宛先) 佐倉市長

令和 6年 5月 2日

住所 佐倉市海隣寺町97
申請者 氏名 後期 一郎
(受検希望者) 電話番号 043-484-6136
(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、佐倉市後期高齢者医療人間ドック助成金交付要綱に基づき申請します。また、下記同意事項に同意いたします。

自署以外の場合は押印が必要です

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。・人間ドックの検査結果を保健指導等に活用すること。
------	--

保険証に記載された番号を記入してください

を記入してください

受検希望者は申請者と同一者となります

申込年度	令和 6 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80歳)
受検医療機関	(所在地)	佐倉市〇〇町〇-〇
	(名称)	〇〇〇〇〇病院
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 5月31日 ~ 令和6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)	

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

<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当			
<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				
交付	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 窓口交付 (年 月 日)	質問票	<input type="checkbox"/>

※ 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。

担当：佐倉市役所 健康保険課 高齢者医療班 ☎043 (484) 6136