

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

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

住 所 佐倉市
申請者(受検者) 氏 名 (印)
電話番号

(自署※1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 ※□に✓をお願いします。	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 特定保健指導等に活用するため、特定保健指導等の実施機関(委託業者含む)に健診結果等の情報を提供すること。
-------------------------	--

※1 電子証明書を利用した電子申請の場合を含む

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 年度		
被 保 険 者 番 号	倉	世帯主	
受 検 希 望 者	氏 名		
	生年月日	年 月 日 (受検日において 歳)	
受 検 医 療 機 関	(所在地)		
	(名 称)		
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 type="checkbox"/> 併用ドック (短期人間ドック+脳ドック)		
受 検 年 月 日	年 月 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)		

※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特定健診を受診済の方は、受付印のある特定健診受診券または特定健診の受診結果の写しを添付してください。

市 確 認 欄	資 格 状 況	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 (□受診券 ・ □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)	

担当：保険年金課 給付管理班 (電話043-484-1783)