

別記

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

年 月 日

（宛先）佐倉市長

住 所
申 請 者 氏 名 ⑩
（受検希望者） 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。

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。
---------	--

※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	年 度	
被 保 険 者 番 号		
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 ～ 年 月 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 ）	

市 確 認 欄	佐倉市の後期高齢者医療被保険者	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非 該 当
	後期高齢者医療保険料の滞納の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	当該年度の健康診査受診状況	<input type="checkbox"/> 受診済（確認：☐受診券 ☐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 保険年金課 高齢者医療班 ☎043（484）6136