

後期高齢者医療人間ドック等受診申請書兼助成金交付申請書
(指定医療機関用)

人間ドック等の受診に当たり、助成金の交付を受けたいので、久喜市後期高齢者医療人間ドック等実施要綱第15条の規定により、次のとおり申請します。

受 診 者	被 保 険 者 番 号			
	ふ り が な			
	氏 名			
	生 年 月 日	年	月	日
	電 話 番 号			
検 診 希 望 項 目		(1. 人間ドック 2. 脳ドック)		
検 診 機 関 名		1. 新井病院 2. 新久喜総合病院 3. 栗橋病院 4. 東鷲宮病院 5. 北本共済医院 6. 済生会加須病院 7. 藤間病院		
検 診 予 約 年 月 日		令和	年	月 日
助 成 金 申 請 額		円		

令和 年 月 日

久 喜 市 長 あて

申 請 者 住 所 久喜市

氏 名

申請に当たり、次の事項に同意いたします。

- 1. 人間ドック等の助成金の対象者としての要件を確認するため、後期高齢者医療保険料納付状況を確認すること。
 - 2. 健康診査を受診していない場合は、人間ドックの検査結果を保健事業の実施のために市に提供し、併せて市が当該検査結果を埼玉県後期高齢者医療広域連合に提供すること。(脳ドックの検査項目が人間ドックと同様と認められるときは、脳ドックの検査結果を提供すること。)
- ※ 助成金は、市が医療機関に受診に係る費用として直接支払うものとし、その支払をもって、助成金を受領したものとします。

※久喜市使用欄

資 格 取 得 日	利 用 券 交 付	台帳入力	受 付 場 所	受 付 者
年 月 日	済・未済 ()	済・未済	久本・菖支・栗支・鷲支	