別記様式第１号（第５条関係）

白子町人間ドック等費用助成申請書

令和　　年　　月　　日

白子町長　宛

　　　　郵便番号　　　　－

　　　　住　　所　白子町

申請者　氏　　名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　電話番号　　　　－　　　　－

　下記のとおり、人間ドック等健康診査受診費用の助成を受けるため申請します。

　また、同意事項に同意いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | 保険等の種類 | * 国民健康保険　　□ 後期高齢者医療 | | | | | |
| 被保険者証  記号・番号 |  | | | | | |
| 世帯主氏名  （国民健康保険のみ） |  | | | | | |
| フリガナ |  | | 性別 | | | □男  □女 |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　月　　日　（受診日の年齢：　　　歳） | | | | | |
| 申請内容 | 検査医療機関 |  | | | | | |
| 健診の区分 | 種別 | □人間ドック  □脳ドック  □併用ドック（人間ドック＋脳ドック） | | 内容 | | □１日  □２日  □１泊２日 |
| 受診年月日 | 令和　　　年　　月　　日　から　令和　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 脳ドックのみを  受診する場合の  特定健康診査等  の状況 | 特定健康診査　令和　　　年　　月　　日 | | | | □受診  　□予定 | |
| 同意事項 | | 白子町が検査医療機関から人間ドック等の健診結果のうち特定健診及び後期高齢者健診（以下「特定健診等」という。）にかかる検査項目の結果の提供を受け、特定保健指導等に活用すること | | | | | |

※　特定健診等の検査項目をすべて受診しない場合、助成を受けられないことがあります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認欄 | □国保被保険者 | ３０歳以上（受診日の年齢） | □該当　・　□非該当 |
| 資格取得期間：６カ月以上 | □該当　・　□非該当 |
| 国民健康保険税の滞納の有無 | □有　　・　□無 |
| 特定健康診査受診の有無（予定含む） | □有　　・　□無 |
| 前年度脳ドック・併用ドック受診(２年連続助成不可) | □有　　・　□無 |
| □後期高齢者医療 | 白子町に住所を有する者 | □該当　・　□非該当 |
| 後期高齢者医療保険料の滞納の有無 | □有　　・　□無 |
| 後期高齢者健診受診の有無（予定含む） | □有　　・　□無 |
| 前年度脳ドック・併用ドック受診(２年連続助成不可) | □有　　・　□無 |