

別記

第1号様式（第6条関係）

富里市人間ドック等助成申請書

年 月 日

（宛先）富里市長

住 所
氏 名
電 話

富里市人間ドック及び脳ドック助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、富里市が、私の市税等の納付状況を確認すること、人間ドック等の検査結果及び国保質問票又は後期質問票を取得し、保健事業に使用することについて、同意します。

記

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	<input type="checkbox"/> 富里市国民健康保険被保険者	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者
生 年 月 日	年 月 日（ 歳）	
検 査 種 別	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック
医 療 機 関		
検 査（予 定）日	年 月 日	
特 定 健 康 診 査 等 の 受 診（予 定）の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	

該当する□に✓を記入してください。

〈市役所記入欄〉

確 認 事 項			
受検日において満40歳以上であるか		可 ・ 否	
申請日において、富里市に住所を有し、被保険者であるか		可 ・ 否	
申請日において、市税等を滞納していない世帯であるか		可 ・ 否	
当年度は1回目の受検であるか		可 ・ 否	
人間ドック		脳ドック	
当年度の特定健康診査は未受検であるか	可 ・ 否	前年度・当年度の脳ドックは未受検であるか（前回受検日）	可 ・ 否
判 定	<input type="checkbox"/> 承 認 <input type="checkbox"/> 不 承 認		
(不承認理由)			