

花巻市後期高齢者医療人間ドック助成金申請書

花巻市後期高齢者医療人間ドック助成金の交付を受けたいので、花巻市後期高齢者医療人間ドック助成事業実施要綱第5条に基づき、次のとおり申請します。

助成金の請求及び受領については、指定医療機関の長に委任します。

また、人間ドックの検査結果については花巻市が指定医療機関から提供を受けることに同意します。

太枠をご記入ください

受診者	被保険者番号				
	住 所				
	フリガナ	連絡先電話番号			
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	年齢 歳
検査機関名（指定医療機関）					
受診（予定）日		年 月 日			
市の後期高齢者健康診査 受診の有無		（注意）人間ドックを受診した年度に、市の後期高齢者健康診査を受診したことが判明した場合は、 助成金を返還していただきます。 有 ・ 無			
<input type="checkbox"/> 市の後期高齢者健康診査と重複して受診した場合は、助成金を市へ返還します。 年 月 日 申請者（受診者） 印 花巻市長 様					

- (注意) 1 受診日に後期高齢者医療保険の資格のない方は、助成金は受けられません。
 2 人間ドック受診者は、申請した年度の後期高齢者健康診査は受けられません。
 3 受診項目をすべて受診しないと、助成が受けられない場合があります。

*** 確認欄（市受付者記入） ***

- 花巻市実施の特定健康診査を受けていない
 花巻市国民健康保険人間ドック利用奨励金の交付を受けていない
 年齢（75歳以上）

*** 処理欄（市担当者記入） ***

- 入力
 受診券番号
 その他

受付印
特定健診未受診確認印