

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

（宛先）五島市長

申請者

住 所

氏 名

電 話 （ ）

国民健康保険短期人間ドック助成申請書

短期人間ドックに要する費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

また、助成金を医療機関が代理受領すること、及び検診等の結果報告の市への提出を医療機関が私に代わって行うことについて承諾します。

被 保 険 者 証	記号番号			
	世帯主名			
助 成 希 望 者	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日（満 歳）		
	資 格 取 得 日	年 月 日		
助成希望金額	1. 市内 20,000円以内 2. 市外 30,000円以内			
受診を希望する医療機関				

※市担当者記入欄

確 認 事 項	判 定
<input type="checkbox"/> 満30歳以上である。	<input type="checkbox"/> 可
<input type="checkbox"/> 被保険者になって1年以上継続して五島市国民健康保険に加入している。	<input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 国民健康保険税の滞納がない世帯に属している。	
<input type="checkbox"/> 同一年度内においてこの事業における人間ドックを受診していない。	
<input type="checkbox"/> 同一年度内において特定健康診査を受診していない。	