

様式第6号（第14条関係）

日光市国民健康保険・後期高齢者医療制度人間ドック補助金交付申請書

ふりがな		性別	生年 月日	年 月 日 (歳)
氏名		男・女		
住所	日光市			
国民健康保険 記号番号	-	後期高齢者 被保険者番号		
令和 年度、市の特定健診・脳ドック受診の有無 (受診有の場合は対象外)			有 (年 月 日) ・ 無	
人間ドック 健診年月日	年 月 日 ~ 日 (申請は3か月以内)			
健診実施 医療機関等				
医療機関等住所				
補助金 交付申請額	健診費用額	円		
	交付申請額	円		
	自己負担額	円		
補助金交付 限度額等	健診費用額の1/2の額(千円未満切捨て。限度額15,000円。) ※当該年度において他の医療制度による健診の助成を受けていないこと。			
人間ドック補助金を交付されるよう、日光市国民健康保険及び後期高齢者医療制度人間ドック等事業実施要綱第14条の規定により問診票・領収書・受診結果が確認できる書類を添えて申請します。				
令和 年 月 日				
日光市長 様				
住 所 日光市				
申請者 氏 名				
電話番号				

(同意書)

人間ドック補助金は、国民健康保険税及び後期高齢者医療保険料を完納していることが条件であるため、貴下職員が納付状況を確認することに同意します。
また、市が提出された健診結果を特定健診結果として管理し、特定保健指導が必要な場合には、教室等の案内について同意します。

氏 名