

小平市長 殿

小平市後期高齢者医療人間ドック等利用費補助金交付申請書

小平市後期高齢者医療人間ドック等利用費補助金の交付を受けたいので、同意事項に同意のうえ、次のとおり申請します。

(申請者)

申請日	令和	年	月	日
被保険者番号				
フリガナ				
氏名				
生年月日	大正 昭和	年	月	日
				受診時の年齢 ( 歳)
住所				
	電話番号 ( ) —			

(受診内容) 【人間ドック】

受診医療機関名				
受診医療機関所在地	( )	都・道 府・県	( )	区・市 町・村
受診区分	人間ドック			
受診料金	円			
受診日	令和	年	月	日から令和
				年 月 日

(受診内容) 【脳ドック】 人間ドックとの同時受診 (受診料金以外は省略可)

受診医療機関名				
受診医療機関所在地	( )	都・道 府・県	( )	区・市 町・村
受診区分	脳ドック			
受診料金	円			
受診日	令和	年	月	日から令和
				年 月 日

(同意事項)

<ul style="list-style-type: none"> <li>後期高齢者医療保険料に未納があると、補助できません。</li> <li>治療を目的とした保険診療となる検査は、補助の対象となりません。</li> <li>領収書(写)、受診結果(写)及び問診票(市指定用紙)の添付が必要です。</li> <li>※受診区分が脳ドックのみの場合、問診票の添付は不要です。</li> <li>人間ドックの結果を健康診査の実施に代えけるとともに、必要に応じて東京都後期高齢者医療広域連合及び小平市の保健事業に使用し、健診項目のデータを東京都国民健康保険団体連合会へ提出します。</li> </ul>
---

【市処理欄】

補助回数	保険料	領収書 (写し)	請求書	受診結果 (写し)	人間ドックを 含む場合のみ 問診票	受付者

受付印