

令和 年 月 日

鋸南町後期高齢者医療保険短期人間ドック助成申請書

鋸南町長 様

申請者氏名

鋸南町後期高齢者医療保険短期人間ドック利用費助成金交付要綱第5条に基づき検査費の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

住 所	鋸南町		
氏 名		電話番号	
生 年 月 日	昭和 年 月 日	年 齡	歳
被保険者番号			
当 制 度 の 利 用 歴	無・有 前回の検査日 (年 月 日)		
検 査 予 定 医 療 機 関			
検 査 予 定 日	年 月 日	検査予定 費用額	円

助成要件等の確認

確認事項	確認欄
申請時に納期限の到来している後期高齢者医療保険料を完納している。	はい・いいえ
検査日と同年度内において、短期人間ドック利用費の助成を受けていない。	はい・いいえ
検査日と同年度内において、本町が実施する健康診査を受診していない。かつ、受診する予定ではない。	はい・いいえ

※助成要件を満たしていなかったことが判明した場合、助成金を返還していただきます。

※この申請書は、検査予定日の15日までに提出してください。