

| 令和 年度 伊豆の国市 後期高齢者医療 人間ドック等助成金交付申請書 | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------|--------|---|---|-------------|-----|----|----|---|---|---|
| 受診者 | 記号番号 | | | | | | | | | | | |
| | ふりがな | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 大正・昭和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 | | | | | |
| | 住所 (連絡先) | 〒410- 伊豆の国市 | | 番地 | | (電話番号 - -) | | | | | | |
| ドック種別 | 人間ドック | | | 脳ドック | | | | | | | | |
| 検査機関 希望する機関に○を付けてください。 | 1. 伊豆赤十字病院 2. 伊豆保健医療センター 3. NTT 東日本伊豆病院 4. 国際医療福祉大学熱海病院 5. 聖隷沼津健康診断センター 6. 芹沢病院 7. 東部メディカル健康管理センター 8. 中伊豆温泉病院 9. 長岡リハビリテーション病院 10. 三島共立病院 11. 三島中央病院 12. 御成橋栄クリニック | | | 1. 伊豆赤十字病院 2. 伊豆保健医療センター 3. NTT 東日本伊豆病院 4. 国際医療福祉大学熱海病院 5. 聖隷沼津健康診断センター 6. 東部メディカル健康管理センター 7. 中伊豆温泉病院 8. 西島病院 9. 三島中央病院 10. 桑名眼科脳神経クリニック | | | | | | | | |
| 受診希望月 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 |
| 検査機関の受付状況により、必ず希望月に受診できるものではありません。 今年度の4月1日以降に、「市の助成を受けた人間ドック又は脳ドック」、「健康診査又は特定健康診査」は受けましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | | | |
| 助成金額 | 20,000円 | | 検査費用総額 | | | 円 | | | | | | |
| | | | 自己負担金 | | | 円 | | | | | | |

上記のとおり助成金（助成券）の交付を申請します。助成金の受領は、受診する指定医療機関に委任します。なお、人間ドック等の検査結果を、後期高齢者医療健康診査や介護予防に利用することに同意します。

伊豆の国市長 宛

令和 年 月 日

申請者氏名

(受診者との続柄)

| | | | | |
|-----|------|--------------|------|---------|
| 処理欄 | 受付番号 | 後期高齢 資格適用開始日 | 資格確認 | 保険料収納確認 |
| | | 年 月 日 | 有・無 | 完納・滞納 |
| | 助成資格 | 認定・却下 | 備考 | |

| | | | |
|---|---|------------------------------------|---|
| 令和 ○○年度 伊豆の国市 後期高齢者医療 人間ドック等助成金交付申請書 | | | |
| 受診者 | 記号番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 ※被保険者証に記載されている記号番号 | |
| | ふりがな | いずこく たろう | |
| | 氏名 | 伊豆国 太郎 | |
| | 生年月日 | 大正 昭和 ○○年 ○○月 ○○日 | 性別 |
| 住所 (連絡先) | 〒410-2292 伊豆の国市 長岡340 番地 の1 (電話番号 055 - 948 - 2905) | | |
| ドック種別 | 人間ドック | | 脳ドック |
| 検査機関 希望する機関に○を付けてください。 | 1. 伊豆赤十字病院 2. 伊豆保健医療センター 3. NTT 東日本伊豆病院 4. 国際医療福祉大学熱海病院 5. 聖隷沼津健康診断センター 6. 芹沢病院 7. 東部メディカル健康管理センター 8. 中伊豆温泉病院 9. 長岡リハビリテーション病院 10. 三島共立病院 11. 三島中央病院 12. 御成橋栄クリニック | | 1. 伊豆赤十字病院 2. 伊豆保健医療センター 3. NTT 東日本伊豆病院 4. 国際医療福祉大学熱海病院 5. 聖隷沼津健康診断センター 6. 東部メディカル健康管理センター 7. 中伊豆温泉病院 8. 西島病院 9. 三島中央病院 10. 桑名眼科脳神経クリニック |
| 受診希望月 | 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 検査機関の受付状況により、必ず希望月に受診できるものではありません。 | | |
| 今年度の4月1日以降に、「市の助成を受けた人間ドック又は脳ドック」、「健康診査又は特定健康診査」は受けましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | | | |
| 助成金額 | 20,000円 | 検査費用総額 | 51,700円 |
| | | 自己負担金 | 31,700円 |

上記のとおり助成金(助成券)の交付を申請します。助成金の受領は、受診する指定医療機関に委任します。なお、人間ドック等の検査結果を、後期高齢者医療健康診査や介護予防に利用することに同意します。

伊豆の国市長 宛

令和 ○○年 ○○月 ○○日

申請者氏名 伊豆国 太郎

青字は職員記入

(受診者との続柄 本人)

| | | | | |
|-----|------|--------------|------|---------|
| 処理欄 | 受付番号 | 後期高齢 資格適用開始日 | 資格確認 | 保険料収納確認 |
| | 1 | 平成 29年 4月 1日 | 有・無 | 完納・滞納 |
| | 助成資格 | 認定・却下 | 備考 | |