

別 記

第 1 号様式（第 5 条）

人間ドック等受検承認申請書

年 月 日

（あて先）印西市長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

人間ドック等の費用に係る助成を受けたいので、印西市人間ドック等受検に係る助成に関する規則第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

被保険者記号・番号 （被保険者番号）	
生 年 月 日	年 月 日（ 歳）
指定医療機関名	
検 査 区 分	人間ドック ・ 脳ドック
検 査 予 定 日	年 月 日
備 考	特定健康診査の受検（予定）の有無 後期高齢者健康診査の受検（予定）の有無
	有 ・ 無

私は、印西市長が人間ドック等の検査報告書を検査医療機関から受領し、健康管理の指導若しくは特定保健指導の資料として使用することを承諾します。

被保険者名 _____

※市担当者記入欄

確 認 事 項	判 定
<input type="checkbox"/> 検査予定日において、印西市国民健康保険被保険者であり、年齢が満 40 歳以上である	<input type="checkbox"/> 承 認 <input type="checkbox"/> 不 承 認
<input type="checkbox"/> 検査予定日において、千葉県後期高齢者医療被保険者であり、印西市に住所を有している	
<input type="checkbox"/> 国民健康保険税（納期到来分）を完納している	（不承認理由）
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料を完納している	
<input type="checkbox"/> 当該年度において、特定健康診査又は後期高齢者健康診査を受けていない	
<input type="checkbox"/> 当該年度において、対象となる人間ドックの助成利用が 1 回目である	
<input type="checkbox"/> 特定健康診査に関する質問を記入する	
<input type="checkbox"/> 検査結果を市が受領することを了承している	