

様式第1号（第5条関係）

後期高齢者医療人間ドック等助成申請書

年 月 日

加須市長 様

住 所 加須市
申請者 氏 名
電話番号

加須市後期高齢者医療人間ドック等助成要綱第5条第2項の規定により、次のとおり申請します。

被保険者証記号番号		予 約 日 (受診予定日)	年 月 日
受診予定医療機関			
受 診 区 分	人間ドック ・ 脳ドック ・ 併診ドック		
受診予定 被保険者	氏 名		性 別
	生年月日	年 月 日	年 齢 歳

注 太枠内のみ記入してください。

要件審査	受診票発行日	年 月 日
	受診票発行番号	
助 成 要 件	適 否	備 考
被 保 険 者 資 格	有 ・ 無	
後 期 高 齢 者 医 療 保 険 料	完 納 ・ 未 納	
健 康 診 査 等 の 受 診	未 済 ・ 済	
年 達 前 等 の 国 民 健 康 保 険 税	完 納 ・ 未 納	
年 達 前 等 の 国 民 健 康 保 険 で の 受 診	無 ・ 有	

審査の結果、助成要件に 適合している 適合していない ので 承認 却下 します。

年 月 日