

決 裁	課 長	副課長	係 長	確 認	受 付

チェック	受付	確認
① 35歳以上75歳未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 国保税完納	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 今年度内 助成無し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 治療・妊娠無し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 特定健診 受診無し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第1号様式（第6条）

東金市国民健康保険短期人間ドック助成申請書

令和 年 月 日

（宛先）東金市長

申請者

住 所

氏 名

電 話 ()

東金市国民健康保険短期人間ドック助成金交付規則第6条の規定により、短期人間ドックの費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

記 号 番 号	13.	
氏 名		
生 年 月 日	昭和 年 月 日 (歳)	
住 所	東金市	
検査医療機関名		
検 査 内 容	基本コース	
	オプション	
検 査 予 定 日	令和 年 月 日 (～令和 年 月 日)	

同 意 欄

私は、次に掲げる事項について、同意します。

- 1 指定検査医療機関において短期人間ドックを受検する場合にあっては、当該指定検査医療機関が当該短期人間ドックの検査結果の記録を市長に提出すること。
- 2 短期人間ドックの検査結果に係る情報を市が保存すること及び社会保険診療報酬支払基金に報告すること。
- 3 短期人間ドックの検査結果に係る情報を特定健康診査及び特定保健指導に利用すること。

氏 名 _____

文 書 管 理	（開示区分）一部開示 東金市情報公開条例第5条第1号該当 （個人情報）有 (保存年限) 5年	審査印
------------------	---	-----