

第1号様式（第5条関係）

越谷市後期高齢者医療人間ドック検診料助成金交付申請書

越谷市長宛

年 月 日

(申請者) 住 所

氏 名

電話番号

越谷市後期高齢者医療人間ドック検診料助成要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

受診者	氏 名		被保険者番号	
	生年月日		年 月 日	
受診(予定)日		年 月 日	受診(予定)検診機関	
交付申請額	金		円	

【注意事項】

※越谷市後期高齢者医療人間ドック検診料助成要綱第8条第1項に該当した場合は、助成金の交付決定を取り消し、助成金の返還を求めます。

〔該当内容〕

- ・虚偽の申請その他不正の手段により助成金を受けた場合
- ・人間ドックを受診する日の属する年度（以下「受診年度」）において、埼玉県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第3条に規定する健康診査を受診した場合
- ・受診年度において、越谷市国民健康保険における特定健康診査を受診した場合
- ・受診年度において、越谷市国民健康保険における人間ドック検診料助成を受けた場合

納付状況	年度 期まで納付済
受診状況	年度健康診査未受診 <input type="checkbox"/>
	年度国保関係未受診 <input type="checkbox"/>