

様式第1号（第5条関係）

大井町後期高齢者医療保険人間ドック助成金交付申請書

年 月 日

大井町長 様

大井町後期高齢者医療保険人間ドック助成金交付要綱第5条の規定に基づき、
次のとおり申請します。

なお、申請を行うにあたり、裏面の同意事項に同意します。

申請者 (受検者)	フリガナ	
	氏名	
	住所	大井町
	電話番号	— —
	生年月日	大正・昭和 年 月 日
医療機関名		
受検日		年 月 日
受検費用		円
請求金額	円	【助成上限額】 ・人間ドック助成額 20,000円 ・人間ドック+女性健診助成額 25,000円
振込先口座	金融機関名	銀行・金庫・農協
	本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通・当座
	口座番号 (右詰めで記入)	
	(フリガナ)	
	口座名義人	

裏面もご確認ください

【対象要件】 提出前にチェックしてください。

- 受検日において、大井町後期高齢者医療保険の加入者である
- 申請日において、既に納期が到来している後期高齢者医療保険料を完納している
- 人間ドックの検査結果を町に提出することに同意できる
- 同一年度内において、町が実施する高齢者健康診査又は特定健康診査を受けていない
- 同一年度内において、町が実施する大井町国民健康保険人間ドック助成を受けていない
- 検査結果により、町が実施する保健事業や介護予防事業の参加に同意できる

【添付書類】

- 人間ドックの検査結果書類
- 人間ドックに要した費用の支払いを証明する医療機関等が発行した領収書
- 質問票
- 高齢者健康診査受診券(受検年度の5月31日までに申請する方又は6月以降に75歳になった方は提出不要)

<同意事項>

1. 交付資格の確認及び審査にあたり、町が住民基本台帳等を閲覧することに同意します。
2. 後期高齢者医療保険料の納付状況を確認することに同意します。
3. 申請書の不備について、町が定める期間までに申請者に連絡・確認が取れない場合や、必要書類が提出されなかった場合は、当該申請が取り下げられたものとみなされることに同意します。
4. 申請内容に偽りがあった場合や、相違があり交付要件に該当しないことが判明した場合は、交付済の助成金を返還します。

～町記入欄～

項目	確認欄	確認者
保険料の滞納状況	あり・なし	
国保での特定健診受診状況	あり・なし	
国保での人間ドック等の助成	あり・なし	
後期高齢者医療保険の被保険者資格	あり・なし	
高齢者健診の受診状況	あり・なし	