

様式第1号（第6条関係）

越前町後期高齢者医療 人間ドック・脳ドック助成申請書

申請者 (受診者)	被保険者証番号	適用開始年月日()
	住 所	福井県丹生郡越前町
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	電話番号 (連絡がとれる番号)	
受診を希望する指定健診機関 およびドック名 (□にレをつけて下さい)	<input type="checkbox"/> 織田病院 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 公立丹南病院 <input type="checkbox"/> 脳ドック	
受診予定日	月 日 曜日	
<p>下記事項に同意の上、人間ドック・脳ドック費用の助成を申請します。 □にレを付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 今年度、町が実施する健康診査や人間ドックに含まれるがん検診は受診しません。また、受診当日に受診資格を喪失しているときは受診しません。受診した場合、町が負担した金額を返還します。</p> <p><input type="checkbox"/> 申請にあたり、後期高齢者医療保険料の収納状況を確認すること、および町税の収納状況について町税務課が町健康保険課に対し情報を提供することに同意します。 <i>※本申請書に基づき提供された納税情報は、越前町人間ドック・脳ドック助成事業の事務以外には使用いたしません。</i></p> <p><input type="checkbox"/> 町が上記の個人情報を受診健診機関に提供すること、および受診結果について、町が受診健診機関から提供を受けることについて同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 受診結果により保健指導の対象者になった場合は、保健指導を受けます。</p> <p><input type="checkbox"/> 福井県後期高齢者医療広域連合が実施する健診診査に該当する結果等データについては、町と福井県後期高齢者医療広域連合において保管し、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されることを了承します。</p>		
越前町長 様		年 月 日
申請者署名 _____		※申請者本人が署名してください。

※越前町税務課担当者記入欄

申請者の 年 月 日現在の納税状況については以下のとおりです。	
全税目において、	受付印欄
<input type="checkbox"/> 滞納なし	
<input type="checkbox"/> 徴収猶予あり	
<input type="checkbox"/> 滞納あり	

(本人確認) マイナンバーカード、運転免許証、保険証 など

(添付書類) 健康診査・がん検診受診券 (5月以降の申込みのとき)

後期高齢者医療保険料の収納状況	1年以上町民	受診券	受付日