

年度 桐生市国民健康保険 後期高齢者医療
人間ドック申請書兼人間ドック費用助成申請書

下記のとおり申請します。

日帰りドック ・ 日帰り脳ドック (希望する方を○で囲んで下さい。)			
ふりがな 氏 名			
住 所	桐生市	生年月日	年 月 日
電話番号 (連絡先)	()	年 齢	満 歳
年 月 日			
(宛先) 桐生市長			
桐生市国民健康保険人間ドック費用助成要綱第 6 条又は後期高齢者医療人間ドック費用助成要綱第 6 条の規定により、当該申請に係る助成金の請求及び受領の権利を受診した医療機関に委任することに同意します。			
また、住民基本台帳及び国民健康保険税又は後期高齢者医療保険料の納付状況の調査を行うことに同意します。			
申請者氏名 _____			

<注意>

- *対象者は、桐生市国民健康保険又は群馬県後期高齢者医療制度加入者で、桐生市国民健康保険税又は後期高齢者医療保険料を完納していることが申請条件です。
- *日帰り脳ドックは、当該年度内に 40 歳以上となる者でないと受けられません。
- *申請後は、担当課において内容を審査し、その結果助成することと決定した人へは「桐生市国民健康保険人間ドック費用助成決定通知書」又は「後期高齢者医療人間ドック費用助成決定通知書」を通知します。