

別記第1号様式（第5条第1項）

年 月 日

（宛先）野田市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

野田市後期高齢者人間ドック検査費用助成金交付申請書

野田市後期高齢者人間ドック検査費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

1 交付申請額 円

2 申請の内容

被保険者番号			
検査対象者	氏名		連絡先
	生年月日	年 月 日	性別
検査医療機関 所在地	名称		
検査予定日	年 月 日		
支給方法	現金給付 • 現物給付		

※現物給付は、野田市が協定する医療機関にて、申請月の翌々月以降に検査日を予約した場合に選ぶことができます。

同 意 書

助成金の交付の決定に当たり、人間ドックの受検結果について、市が後期高齢者健康診査に利用することに同意します。

申 請 者 氏 名

印

検査対象者氏名

印

裏面のチェックシートをチェックしてください。

受付：	資格確認：	納付状況：
-----	-------	-------

野田市後期高齢者人間ドック検査費用助成申請チェックシート

- 申請書を提出する日において、野田市に居住（住民票がある）しており、千葉県後期高齢者医療広域連合の被保険者証をお持ちの方
 - 申請時及び請求時において、納期が到来している後期高齢者医療保険料の未納がない方
 - 同一年度において、後期高齢者人間ドック検査費用助成金または国民健康保険人間ドック検査費用助成金を受けていない方
 - 受検結果（数値入り：コピー可）、問診票（別途送付）及び領収書（コピー可）を提出できる。
 - 受検結果（数値入り）について、後期高齢者健康診査に利用することに同意できる。
 - 申請金額が変更になった場合には、変更申請をする。
 - 現物給付を選んだ場合、受検医療機関は「キッコーマン総合病院」、「野田総合病院」又は「野田病院」であり、申請月の翌々月以降の受検日である。
 - 現物給付を選んだ場合、医療機関から受検結果の報告が市になされ、後期高齢者健康診査に利用することになるが、そのことにも同意できる。

※上記、すべての項目にチェックできない場合は、人間ドック検査費用の助成申請をすることができません。

上記すべてにチェックができ、表の申請書に記載をしていただければ、申請をすることが出来ます。（郵送可）

アンケートにご協力ください。

※Q1 と Q3 は複数回答可

Q1：この事業をなにで知りましたか？

- 市報 HP

- チラシ □ 知人の紹介

Q2：人間ドックを受けたことがありますか？

- ある 今回が初めて

Q3：今回人間ドックを受検するきっかけは何ですか？

- 毎年受検しているから
 - 助成制度があるから
 - 健康が気になり始めたから
 - その他（）

ご協力ありがとうございました

(問合せ先・提出先)

〒278-8550

野田市鶴泰 7-1

野田市国保年金課

後期高齡者医療係

TFI 04-7125-1111

內線3120・3121

月～金（祝日、年末年始を除く）

午前8:30~午後5:15