

様式第4号（第10条関係）

門真市国民健康保険人間ドック検診事前承認願

年 月 日

門真市長 様

門真市国民健康保険人間ドック検診事業実施要綱第10条の規定により、人間ドック検診助成金の申請に当たり、次のとおり事前に承認願います。

世帯主	住所	
	氏名	
受診者	被保険者番号	門国 ー
	住所	門真市
	氏名	
	世帯主との続柄	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
受診予定医療機関	名称	
	所在地	
	受診予定日	

【確認事項】

- 受診時に門真市国民健康保険の資格があり、かつ、年齢が満30歳以上満75歳未満であること。
- 過年度保険料を完納し、又は納付誓約を履行していること。
- 別表第2の検診項目をおおむね満たしていること。
- 当該年度で特定健康診査を受診していないこと（年度内にどちらか一方のみ受診可）。
- 当該年度で本事業による助成を受けていないこと。

検診結果について、特定健診、特定保健指導その他本市が実施する保健事業へ利用することについて同意します。

受付印

受診者氏名 _____