

### 八街市人間ドック等助成利用承認書

八街市国民健康保険人間ドック等助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、人間ドック等助成の利用を下記のとおり承認します。

#### 記

被保険者番号	記号				
受検者	住所				
	氏名				
医療機関	名称				
	所在地				
受検予定日					
助成区分					
発行者	千葉県八街市八街ほ35番地29 八街市長 北村 新司 印				

こちらの箇所については、  
国保年金課で印字しますので、  
記入しないでください。

※ 契約医療機関で受検する場合は、代理受領承諾及び結果報告同意署名欄に署名及び押印を提出してください。

代理受領承諾及び結果報告同意署名欄	
私が受ける助成金の受領について、人間ドック等を受けた検査医療機関に委任します。 また、八街市が、人間ドック等の検査結果を取得し、保健事業等に使用することについて、同意します。	
申請者署名	八街 三郎 印

押印を  
忘れずに

※人間ドックを受検する方へ

◎契約医療機関で受診される場合には、  
署名してください。

※契約医療機関以外で受診される場合は、  
署名は不要です。

検査医療機関の窓口に提出してください。  
なくなりません。  
うとするときは、検査医療機関の承認を  
受ける場合は、検査医療機関の承認を受けてから

費用の全額を医療機関に支払ってください。  
受検後、この承認書と八街市人間ドック等助成金交付請求書に、医療機関から発行される領収書、人間ドック等検査報告書及び問診票を添えて、市国保年金課に請求してください。

連絡先  
八街市役所市民部  
国保年金課国保班  
TEL 043-443-1139 (直通)