

## 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	56	番号		枝番		発行年月日		
受診券番号									
受検者	住所								
	氏名					生	年	月	日
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								

※ 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し、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。  <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <span>申請者署名 _____</span> <span>印 _____</span> </div>
--

※人間ドックを受検する方へ

- 契約医療機関で受検される方
  - ・ 人間ドック等を受検する際には、この承認書を、検査医療機関の窓口に提出してください。承認書を持って受検することで窓口での負担が少なくなります。
  - ・ やむを得ない事情により予定の検査日を変更しようとするときは、検査医療機関の承認を受けてください。また、検査を取り消そうとするときは、検査医療機関の承認を受けてからこの承認書を市へ返還してください。
- 契約医療機関以外で受検される方
  - ・ 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 国保年金課給付管理係 TEL 043-443-1139 (直通)
--