

令和6年 月 日

(あて先) 千葉市長

次のとおり千葉市一日人間ドック費用の助成を受けたいので、申し込みます。また、検診医療機関から千葉市に検診結果を提供することに同意します。

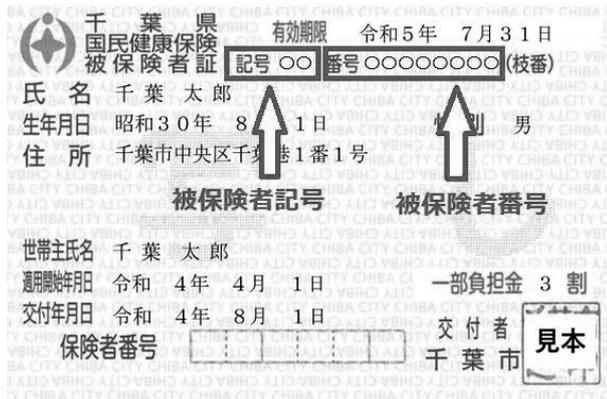
種 類		一 日 人 間 ド ッ ク	
申 請 者	加入中の健康保険 (いずれかに記入してください。)	1 国民健康保険	記 号 3
		2 後期高齢者医療	被 保 険 者 番 号 後期高齢者医療被保険者番号
		氏 名	(フリガナ)
		生 年 月 日	年 月 日
		住 所	( ) 千葉市 区

※お申込み前に、下記についてすべてに該当しているか必ず確認してください。

- 千葉市国民健康保険被保険者または千葉市に住所を有する後期高齢者医療制度被保険者である。
- 令和6年度千葉市一日人間ドック費用助成の対象年齢である【令和6年7月1日現在、35歳以上の方】。
- 申込時に前年度以前の保険料(延滞金を含む)を完納している。

●記号・被保険者番号の確認方法

(国民健康保険の方)



(後期高齢者医療制度の場合)

