

健康診査・各種検診負担金免除申請書

燕市長様

令和 年 月 日

次のとおり健康診査・各種検診負担金の免除を申請します。

なお、この申請に関し、世帯全員の市民税の課税状況及び生活保護の認定状況について市が調査することに同意します。

申請者氏名

受診者との関係

申請者住所 燕市

電話 ー ー

受診者氏名	(受診者が申請者本人の場合、受診者住所・電話番号は記載不要)		
受診者住所	燕市	電話	ー ー
受診者生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
免除理由 (いずれかに○)	確 認 (/)		
1. 生活保護法による被保護世帯			
2. 世帯全員が市民税非課税			
3. その他市長が特に認めた者			

免除を受ける健康診査・各種検診の種類 (○を付ける)	免除する金額
1 特定健康診査(40歳～64歳 心電図及び眼底検査)	1,000円
2 健康診査(19歳～39歳)	500円
3 健康診査(19歳～39歳 心電図及び眼底検査)	1,000円
4 健康診査(生活保護受給者 健康診査・心電図及び眼底検査)	500円・1,000円
5 骨粗しょう症検診	600円
6 糖尿病検診	700円
7 歯周疾患検診(妊婦歯科健診含む)	500円
8 肝炎ウイルス集団検診	500円
9 肺がん検診(胸部レントゲン)	500円
10 肺がん検診(喀痰細胞診)	500円
11 胃がんバリウム検診	500円
12 胃がんリスク検診	1,000円
13 大腸がん検診	500円
14 子宮がん検診	500円
15 乳がん検診(マンモグラフィ検診)	500円
16 前立腺がん検診	500円