

健康診査・各種検診負担金免除申請書

R8.1 改定

燕市長様

令和 年 月 日

申請者氏名

受診者との関係 本人・夫妻・父母・子・兄弟姉妹・その他：

申請者住所 燕市

電話 — —

免除理由 (いずれかに○)

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 (前年度の非課税世帯)
3. その他市長が特に認めた者

確認
(/)

下記注意事項を読み、すべてに同意（チェック）ください。

- 今年度に申し込みをしたすべての検診負担金の免除を申請します。
※ただし、すでに受診済の検診は除く。
- 世帯全員の課税状況・生活保護状況を市が調査することに同意します。
- この申請と入れ違いで受診票（免除でないもの）が届いた場合はご連絡ください。
(免除用の受診票を再発行します)
- 受診票の再発行や追加で検診を申し込みする場合は、免除申請したことを市へ申し出てください。

市記入欄

受診者住所		燕市				
1	氏名					
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	(年度末年齢)
2	氏名					
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	(年度末年齢)
3	氏名					
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	(年度末年齢)
4	氏名					
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	(年度末年齢)

〈参考：検診別負担金一覧表〉

特定健康診査（40歳～64歳の心電図・眼底検査）※65歳以上無料	1,000円
健康診査（19歳～39歳、生活保護受給者）/心電図・眼底検査	500円/1,000円
肺がん検診（胸部レントゲン）	500円
胃がんバリウム検診	500円
胃がん内視鏡検診	1,000円
大腸がん検診	500円
子宮頸がん検診	500円
乳がん検診	500円
骨粗しょう症検診 ※65・70歳無料	600円
前立腺がん検診	500円
肝炎ウイルス検診 ※40・45・50・55・60・65歳無料	500円
胃がんリスク検診	1,000円
歯周疾患検診 ※70歳無料	500円