

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○）

確認

(/)

- 生活保護法による被保護世帯
- 世帯全員が市民税非課税（前年度の非課税世帯）
- その他市長が特に認めた者

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 歳）
2	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日（年度末年齢 歳）
3	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日（年度末年齢 歳）
4	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日（年度末年齢 歳）

検診別負担金一覧表は裏面をご覧ください。

〈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