

健康診査・各種検診負担金免除申請書

R8.4 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. <u>世帯全員が市民税非課税（前年度の非課税世帯）</u> 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。

免除理由により世帯全員の課税状況、または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。

受診者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	市記入欄
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〉

		1	2	3	4
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				