**人間ドック助成事業チェック表**

被保険者

記号・番号：

受診者氏名：

住所：　南伊豆町

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成要件事項 | 助成要件確認 | | 備考 |
| 本人 | 町 |
| 受診日において、年齢が20歳以上74歳以下であるか |  |  |  |
| 申請日以前に南伊豆町国民健康保険に継続して１年以上加入しているか |  |  |  |
| 前年度までの国民健康保険税を完納している世帯に属するか |  |  |  |
| 受診予定年度に人間ドック助成事業の助成を受けていないか |  |  |  |
| 町の特定健診の受診を受けていない・受けない |  |  |  |
| 受診結果を町が行う保健事業に活用することに同意するか |  |  |  |
| 人間ドックの予約はしたか |  |  |  |
| **※中伊豆温泉病院で農協の共済ドックを受診される方**  　診察のオプション（税込550円）の申し込み |  |  |  |

要件に該当する場合は、「本人」欄の各項目に〇をお願いします。