

様式第1（第5条関係）

岩倉市後期高齢者医療人間ドック費用助成事業受診券

受 付 番 号	
交 付 日	
被 保 険 者 番 号	
郵 便 番 号	
住 所	
氏 名	
有 効 期 限	

（受診にあたっての注意事項）

- 1 この受診券は、必ず実施医療機関の窓口で提出してください。
- 2 受診日以前に後期高齢者医療の資格を喪失したときは、この助成を受けることはできません。
- 3 この助成を受ける場合は、岩倉市が実施する特定健康診査、健康診査又は脳ドック検査を受診することはできません。（受診した場合は、助成された額を返還することになります。）
- 4 この助成を受ける場合は、国民健康保険の人間ドック費用の助成を受けることはできません。（国民健康保険で助成を受けた場合は、後期高齢者医療で助成された額を返還することになります。）

年 月 日

岩倉市後期高齢者医療人間ドック費用助成申請書

岩倉市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電 話 番 号

下記の事項に同意した上で、関係書類を添えて、後期高齢者医療人間ドック費用の助成を申請します。

記

(同意事項)

- 1 人間ドックの受診結果を統計資料として利用すること。

振込先	金融機関名		支店名	
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義 (カタカナ)			

市役所 記入欄	受付者	結果写し	領収書写し	資格確認	被保険者番号	助成金額

年 月 日

岩倉市後期高齢者医療人間ドック費用助成決定・却下通知書

様

岩倉市長

先に申請のありました費用の助成については、次のとおり決定しましたので通知します。

1 決定

被 保 険 者 番 号	
氏 名	
助 成 金 額	
振 込 日	

2 却下

却下理由	
------	--

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、岩倉市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分について不服があるときは、1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、岩倉市を被告として（訴訟において岩倉市を代表する者は、岩倉市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することもできます。ただし、前項の審査請求をしたときは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。