様式第１号－1

平成　２４　年度　健診自己負担金免除申請書

年　　月　　日

彦根市長様

彦根市が実施する　　健康診査　　に伴う負担金について、次のとおり免除票の交付を申請します。

申請者（受診者）氏名　　印

（自署の場合は押印不要）

健診を受ける者の氏　名	
生年月日	
住所	彦根市
電話番号	

彦根市が実施する平成　２４年度健康診査、肝炎検診、がん検診、骨粗しょう症検診の受診に伴う負担金について、世帯の所得、税額の状況等を調査・確認されることに同意します。

年　　月　　日

申請者（受診者）氏名　　印

（自署の場合は押印不要）

～お知らせ～

平成２４年５月３１日までの健診については、平成２２年度の課税状況で確認しています。６月１日以降に健診を受けられる場合は、平成２３年度の課税状況での確認が必要ですので、平成２３年度の健診自己負担金免除票については、６月１日以降に自宅に送らせていただきます。

□ 非課税の確認

□ 免除票の発行

□ ファイルの記載

□健診日の確認

胃がん・大腸がん（受けない・受ける　　月　　日・未定）

子宮頸がん・乳がん（受けない・受ける　　月　　日・未定）

健康診査・肺がん・肝炎検診（受けない・受ける　　月　　日・未定）

骨粗しょう症検診（受けない・受ける　　月　　日・未定）

課長	課長補佐	係長	係員

受付日	収　受　番　号