

第二種健康診断特例区域医療受給者証交付申請書

(ふりがな)				明治					
氏名				大正		年		月生	
				昭和					
居住地		郵便番号							
		電話番号 ()							
第二種健康診断受診者証の番号									
上記のとおり、第二種健康診断特例区域医療受給者証の交付を受けたく、関係書類を添えて申請します。									
令和 年 月 日									
申請者氏名									
長崎市長 様									

添付書類
この申請書には、診断書（第二種健康診断特例区域医療受給者証用）、第二種健康診断受診者証（写し）を添えてください。

----- 長崎市使用欄（ここから下の欄は記入しないでください。） -----

審査会		審査員印		意見					
上記の者の対象11疾病の有無を確認する。									

判定		審査完了日		受付場所				受理日		取扱者	
認定 ・ 却下											
第二種健康診断特例区域医療受給者証の番号				6	0					—	
対象となる11種類の障害を伴う疾病											
処理確認欄		結果通知日		医療費支払期間							

同 意 書

○同意事項

1. 保険者又は医療機関等が保有している治療等(介護サービス又は介護予防サービスを含む)の内容及び状況の調査
2. 第二種健康診断特例区域治療支援事業以外の制度による医療費(高額療養費及び福祉医療費等)の給付状況の調査及び提供
3. 「匿名化した診療報酬明細書データによる対象疾患と調査対象疾病の関連性」等の調査及びデータ提供

上記の項目に同意いたします。

令和 年 月 日

受給者氏名

(代筆者)

住 所

氏 名

本人との続柄

長崎市長 様