

上越市健康診査徴収金免除申請書

令和 年 月 日

(宛先) 上越市長

申請人 (受診者)

〒

住 所

氏 名

生年月日 (年齢 歳※1)

※1 令和9年3月31日時点の年齢

電話番号

上越市健康診査徴収金徴収規則第4条第2項の規定により、次のとおり免除を申請します。

免 除 理 由	☐ 市民税の非課税世帯に属するため ☐ その他市長が特に必要と認めたため			
免 除 内 容 (受診内容)		70 歳未満※2	70 歳以上※2	備考
	特定健康診査	☐ 1,500 円	(無料)	
	市民健康診査			
	肝炎ウイルス検診	☐ 700 円	(無料)	
	前立腺がん検診	☐ 2,400 円	(無料)	男性
	胃がん検診	☐ 1,000 円	(無料)	
	大腸がん検診	☐ 400 円	(無料)	
	肺がん・結核検診	☐ 300 円	(無料)	
	胸部レントゲン検査			
	たん検査	☐ 1,000 円	(無料)	
	胸部C T検査	☐ 6,400 円	☐ 6,400 円	
	子宮頸がん検診	☐ 1,200 円	(無料)	女性
	子宮頸がん検診 (医療機関)	☐ 2,300 円	(無料)	〃
	乳がん検診	☐ 1,600 円	(無料)	〃
定められた徴収金 (免除申請額)	円			

【個人情報の取扱いに関する同意書】

本申請に係る審査に必要な個人情報（住所、氏名、世帯の市民税課税の有無など）について、担当職員がその内容を確認することについて承諾します。

令和 年 月 日

(同意者)

署名の場合は押印不要

※個人情報の確認に同意いただけない場合は、免除理由に該当することを証明する書類を添付してください。

担当課	課	(免除該当)	有 ・ 無
-----	---	--------	-------