

後期高齢者医療人間ドック等助成金交付申請書

		受付番号		
受 診 者	住 所			
	氏 名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	年齢	歳
	電話番号			
被保険者番号				
検診（開始） 予 定 日		年 月 日（日帰り・泊）		
ドックの種類		人間ドック ・ 脳ドック		
検 診 機 関				
<p>上記のとおり、人間ドック等の検診費の助成を受けたいので申請します。</p> <p>なお、ドック検診の結果及び問診内容のうち、特定健康診査に係る検査項目に関しては、検診機関を通じて上三川町に報告され、必要に応じ特定保健指導に活用されることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>上三川町長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者（受診者）</p>				
<p>【確認欄】</p> <p>1 当該年度に上三川町人間ドック等助成金交付の有無 有 ・ 無</p> <p>2 後期高齢者医療保険料の未納の有無（ 月 月末現在） 有 ・ 無</p> <p>3 上三川町が実施する特定健診又は 後期高齢者検診受診の有無 有 ・ 無</p>				

後期高齢者医療人間ドック等助成金交付申請書

		受付番号	
受診者	住所	上三川町しらさぎ1-1	
	氏名	上三川 太郎	性別 男・女
	生年月日	昭和 ○○年 ○○月 ○○日	年齢 ○○歳
	電話番号	○○ - ○○○○	
被保険者番号	○○○○○○○○○○		
検診（開始） 予定日	○○年 ○○月 ○○日（日帰り・泊）		
ドックの種類	人間ドック ・ 脳ドック		
検診機関	○○○○病院		
<p>上記のとおり、人間ドック等の検診費の助成を受けたいので申請します。</p> <p>なお、ドック検診の結果及び問診内容のうち、特定健康診査に係る検査項目に関しては、検診機関を通じて上三川町に報告され、必要に応じ特定保健指導に活用されることに同意します。</p> <p>○○年○○月○○日</p> <p>上三川町長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者（受診者） 上三川 太郎</p>			
<p>【確認欄】</p> <p>1 当該年度に上三川町人間ドック等助成金交付の有無 有 ・ 無</p> <p>2 後期高齢者医療保険料の未納の有無（ 月未現在） 有 ・ 無</p> <p>3 上三川町が実施する特定健診又は 後期高齢者検診受診の有無 有 ・ 無</p>			

○をつける

日帰りの場合○をつける。
宿泊の場合は、泊数を入れる

○をつける