

上三川町人間ドック等検診費用助成金交付申請書

				受付 番号	
申請者 (受診者)	住所	上三川町			
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	年齢 【検診予定日現在】
	電話番号				
世帯主名					
保険の種類	1 国民健康保険 2 後期高齢者医療	被保険者 番号			
検診予定日	年 月 日（宿泊の場合は1日目）				
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用の助成を受けたいので申請します。 なお、人間ドック等の検診結果票（特定健康診査又は後期高齢者健康診査に係る部分）に関しては、検診機関を通じ又は直接、町に提出し、必要に応じ特定保健指導に活用することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>上三川町長 宛て</p>					

【事務処理欄】	受付者	確認方法
1 国保税又は後期保険料の滞納の有無 [月末現在] (有・無)		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
2 特定健診等の受診の有無 (有・無)		<input type="checkbox"/> 運転免許証
3 人間ドック等助成金交付の有無 (有・無)		<input type="checkbox"/> その他 ()