

(様式第1号)(第5条第1項関係)

山ノ内町人間ドック等助成券交付申請書

年 月 日			
山ノ内町長様			
申請者(世帯主) 住所		山ノ内町大字	番地
(組名)			
氏名			
電話			
平日連絡可能な時間帯 (午前・昼頃・午後・17時以降)			
山ノ内町人間ドック等助成事業実施要綱第5条の規定により助成券の交付を申請します。			
なお、当該年度内に町集団健診を受診しないことを確約します。			
山ノ内町が受診医療機関から人間ドック等の健診結果のうち特定健診項目の提供を受けることに同意します。			
受診者氏名		性別	男・女
受診者生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日	年齢	歳
住所	山ノ内町大字	番地	
記号・番号		受診券 整理番号	
受診医療機関名 (指定医療機関名)			
受診の種類	1 日帰りドック 3 脳ドック	2 1泊2日ドック 4 肺がんドック	
受診予定年月日	年 月 日		
助成限度額 (対象事業の2分の1以内で100円未満切捨て)	日帰りドック15,000円以内	1泊2日ドック25,000円以内	
	脳ドック15,000円以内	肺がんドック5,000円以内	

伺い、上記のとおり助成券を交付してよろしいでしょうか。

(国保被保険者・後期高齢者医療被保険者)

決定 年 月 日		
課長	係長	担当

特定健診チェック	
----------	--