

様式第1号(第5条関係)

太良町後期高齢者医療保険人間ドック等検査費助成事業交付申請書

年 月 日

太良町長

様

申請者住所

氏名

電話番号

太良町後期高齢者医療保険人間ドック等検査費助成事業に係る助成金の交付を受けたいので、太良町後期高齢者医療保険人間ドック等検査費助成事業実施要綱第5条の規定により下記のとおり申請します。

なお、申請にあたり次のことに同意します。

- 1 受診結果を、後期高齢者健康診査及び保健指導に利用すること。
- 2 保健指導の対象となった場合は、保健指導を受けること。

記

被 保 険 者 番 号			
住 所	太良町大字		
ふ り が な		性 別	男・女
受 診 者 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日生	年 齢	歳
医 療 機 関 等 名			
検 査 予 定 日	年 月 日		
検 査 種 別			

※役場確認欄

被保険者 資格確認	保険料 納付状況	健康診査 受診の有無	確認者氏名
有 ・ 無	完納・未納	有 ・ 無	