

年 月 日

行方市長

宛て

申請者 住所 行方市
氏名

印

脳ドック助成申請書

行方市後期高齢者医療脳ドック実施要綱第7条の規定に基づき、下記のとおり脳ドックの助成を申請します。

なお、私に係る後期高齢者医療保険料の納付状況について担当職員が確認すること及び脳ドックの結果等について契約医療機関から市に情報提供することに同意するとともに、下記の医療機関へ助成金の請求及び受領を委任いたします。

記

受付番号：

脳ドックの種類				
契約医療機関				
被保険者番号				
受診希望者	住所	行方市		
	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年 月 日	年齢	歳
	電話番号			
	前回の脳ドック受診日	年 月 日		
	健康診査受診日	年 月 日		

記入例

平成 31 年 4 月 25 日

行方市長

宛て

申請者 住所 行方市麻生1234
氏名 行方 太郎

印

脳ドック助成申請書

行方市後期高齢者医療脳ドック実施要綱第7条の規定に基づき、下記のとおり脳ドックの助成を申請します。

なお、
脳ドック
下記の

【 ご記入にあたり 】

- ・脳ドックを受診する日は記入不要です。(医療機関名は必要です。)
- ・年齢は、脳ドックを受診する日の満年齢を記入してください。
- ・健康診査受診日(市で実施する健診)欄は、受診日または受診予定日を記入してください。

こと及び
ともに、

受付番号：

脳ドックの種類	脳ドック(高齢者健診無)			
契約医療機関	〇〇病院			
被保険者番号	01234567			
受診希望者	住所	行方市麻生1234		
	フリガナ	ナメガタ タロウ	性別	男・女
	氏名	行方 太郎		
	生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日	年齢	80歳
	電話番号	0299-72-0000		
	前回の脳ドック受診日	年 月 日		
	健康診査受診日	元号〇〇年 〇 月 〇 日		