様式第１号（第７条関係）

年　　　　月　　　 日

行方市長　　　　　　　　宛て

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 行方市 |
| （窓口に来た方） | 氏名 |  |

人間ドック等助成申請書

行方市国民健康保険人間ドック等実施要綱第７条の規定に基づき、下記のとおり人間ドック等の助成を申請します。

なお、私及び私の世帯に係る国民健康保険税の納付状況について、担当職員が確認することに同意します。あわせて、人間ドック等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、受診後の測定値によって、市が行う保健指導を受けることを承諾します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 人間ドック等の種類  （いずれかに○） | | 人間ドック 　／　 脳ドック（健診 なし）  脳ドック（健診 あり）　 ／　【25歳、30歳、35歳】 脳ドック（健診あり） | | |
| 医療機関 | |  | | |
| 受診予定日 | | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | |
| 受診希望者の情報 | フリガナ |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | |
| 国保番号 |  | 被保険者番号 |  |
| 世帯主氏名 |  | | |
| 住　　所 | 〒　　　　　―  行方市 | | |
| 電話番号 |  | | |