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

行方市後期高齢者医療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、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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 人間ドックの種類  （いずれかに○） | | 人間ドック 　／　 脳ドック（健診 あり）　 ／　 脳ドック（健診 なし） |
| 医療機関 | |  |
| 人間ドック等  受診予定日 | | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| ※脳ドック（健診なし）の方のみ※  市の健診受診予定日 | | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 受診希望者 | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 被保険者番号 |  |
| 住　　所 | 行方市 |
| 電話番号 |  |