

人 間 ド ッ ク 助 成 申 請 書

年 月 日

神河町長 様

申 請 者

住 所 神河町

氏 名

生年月日 年 月 日（満 歳）

電 話 - -

記

下記医療機関で人間ドックによる健康診査を受けたいので、神河町後期高齢者医療人間ドック事業助成要綱第6条の規定により申請します。

1 被保険者番号

2 医 療 機 関 名 公立神崎総合病院

3 受 診 日 令和 年 月 日

今回の人間ドックの健診結果を医療機関から役場住民生活課へ提供することについて同意いたします。

氏名