

(様式第1号)

外来ドック健診補助金申請書兼外来ドック健診利用申込書

| | | | |
|---|---------|-------|--|
| 後期高齢者医療被保険者番号 | | | |
| (ふりがな) | ----- | | |
| 利用者氏名 | | | |
| 生年月日 | 昭 年 月 日 | 男・女 | |
| 健診区分 | 人間ドック | 併用ドック | |
| <p>久御山町後期高齢者外来人間ドック又は人間・脳ドック併用総合健康診断補助金交付規則第6条の規定により、上記のとおり申請します。あわせて、受診した指定医療機関から町長あてに、健診成績表の写しが提出されることを承諾します。</p> <p>令和 6 年 月 日</p> <p>ドック利用者（申請者） 住所 久御山町</p> <p>氏名</p> <p>(電話番号 — —)</p> <p>(あて先) ※ 日中連絡の取れる番号をお願いします。 久御山町長</p> | | | |

久御山町控（以下の欄は記入不要です。）

| | | | | |
|---------|------------|--|----|--|
| 利用券有効年度 | 令和 6 年度 | | | |
| 利用券交付日 | 令和 6 年 月 日 | | | |
| 利用券交付番号 | 人間ドック | | 併用 | |
| 健診予定月 | 年 月 | | | |