郵便申請用

様式第1号(第5条関係)

かすみがうら市後期高齢者人間ドック等補助金交付申請書

市　用

利用者	被保険者番号		交付番号	※
	受診券番号	※		
	現住所	〒 茨城県かすみがうら市		
	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年　月　日		
希望するドックの種類		人間ドック・脳ドック・心臓ドック		
医療機関名				
健診日		年　月　日		
健診料		※　円		
補助金額		※　円		
受診者負担金		※　円		

←被保険者番号は、お持ちの保険証を見て、ご記入ください。

←ご利用する方の住所、氏名、生年月日をご記入ください。
←予約されたドックの種類を〇で囲んでください。(併診の場合は、人間ドックと脳ドック又は心臓ドックの両方に〇)
また、予約された医療機関名、予約日もご記入ください。

同　意　書

かすみがうら市及び茨城県後期高齢者医療広域連合が医療機関から私の検査結果のうち茨城県後期高齢者医療広域連合健康診査実施要綱に規定する健康診査の検査項目の結果の提供を受け、これを継続的に保存するとともに、保健指導の目的として利用することに同意します。

補助申請をした同年度内の後期高齢者健康診査等を受診しないことに同意します。

かすみがうら市後期高齢者人間ドック等補助金交付要綱に基づき、補助金の交付を申請します。

年　月　日

(あて先)かすみがうら市長

申請者　住所

氏名

電話

←利用者される方の住所、氏名、電話番号をご記入下さい

納期の到来した後期高齢者医療保険料を完納している	※	取扱者　※

※欄は記入しないでください。太枠箇所を全てご記入願います。