

様式第1号(第6条)

年 月 日

四街道市長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

四街道市後期高齢者医療短期人間ドック助成申請書

下記のとおり短期人間ドックの受検に要する費用の助成を受けたいので、四街道市後期高齢者医療短期人間ドック助成事業実施要綱第6条の規定により申請します。

記

| | | | |
|--------------------|---------------|--------------------|-----|
| 被保険者証 の記号番号 | | 健康診査受診等の有無 | 有・無 |
| 受検希望者 | 氏 名 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (受検日において満 歳) | |
| 検 査 予 定 医 療 機 関 | (所在地) | | |
| | (名 称) | | |
| 受 検 予 定 年 月 日 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| ※資格状況 | | | |
| ※後期高齢者医療保険料の納付状況 | | | |

※欄は、記入しないでください。