

川根本町後期高齢者医療人間ドック等受診申請書			
被保険者記号番号	12345678(8桁)		
住 所	川根本町〇〇〇1234番地	電話番号	0547-56-1234
(フリガナ) 受診者氏名 生年月日	(カワネ ハナコ) 川 根 花 子 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日生 (〇〇歳)	性別	
		男 ・ 女	
希望健診機関名	☐ JA静岡厚生連 静岡厚生病院 ☐ 藤枝市立総合病院 ☒ 島田市立総合医療センター ☐ 社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷健康サポートセンターShizuoka ☐ 医療法人社団 平成会 藤枝平成記念 ☐ 公益財団法人 静岡県予防医学協会 総合健康センター ☐ 社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷健康サポートセンターShizuoka		
希望する種別 及び 助成申請額	☒ 人間ドック ☐ 脳ドック ☐ 人間ドック及び脳ドックのセット		
希望受診日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇) ※受診日の14日前までに申請いただく必要があります。		
他の健康診査の受診	有 ・ 無 ※同じ年度内に後期高齢者医療健康診査など他の健康診査と人間ドック・脳ドックの両方の助成は受けられません。特定健診を受診した場合は、人間ドック・脳ドックの助成金を返還していただくことになりますので、ご注意ください。		
上記のとおり申請します。なお、検査結果を川根本町へ報告すること、保健事業の利用に使用すること及び検査費用の一部助成決定審査のため、後期高齢者医療保険料の滞納状況を調査することに同意します。			
宛先 川根本町長 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日			
申請者 住所		川根本町〇〇〇1234番地	
氏名		川根 花子	

申請日の日付

受診する人の氏名
印は不要です