

(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	大・昭和 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及び脳ドック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5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 5 年度			
利用券交付日	令和 年 月 日			
利用券交付番号	人間ドック		併用ドック	
健診予定月	年 月			