

(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 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 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	
健診予定月	年 月			