

様式第1号（第5条、第7条関係）

後期高齢者人間ドック受診申込書兼助成金交付申請書

令和 年 月 日

袋井市長 様

申請者 住所
氏名
電話

袋井市後期高齢者人間ドック受診費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、受診費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

被保険者番号			
受診者氏名		生年月日	年 月 日
受診希望日	令和 年 月 日		
人間ドック受診医療機関	1 中東遠総合医療センター 2 磐田市立総合病院 健診センター 3 新都市病院 4 聖隷健康診断センター（住吉） 5 聖隷健康診断センター 東井場クリニック 6 聖隷予防検診センター（三方原） 7 遠州病院 8 さくら健康管理メディカルクリニック		

1 袋井市後期高齢者人間ドック受診費用助成金交付要綱第7条の規定に基づき、人間ドック受診費用助成金の請求及び受領について、上記の療養取扱機関に委任します。

令和 年 月 日

氏名

2 疾病の予防又は生活習慣の改善等の保健事業に利用するため、袋井市が検診結果を上記の療養取扱機関から受領することに同意します。

令和 年 月 日

氏名

特定健診受診券番号	—					
審査事項	納税状況	完・未	助成の状況	有・無	後期健診 特定健診	済・未