

**の部分を
記入してください。**

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

**人間ドックを受診する
方の内容で記入**

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		性別	男 ・ 女
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 聖隷予防検診センター（三方原）
- 6 遠州病院

・人間ドックの受診予定日を記入
・受診医療機関を選択

資格確認書などの後期
高齢者医療制度の資格
が確認できる書類に記
載されている8桁の
「被保険者番号」を
記入

- 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
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

**人間ドックを受診する
方の氏名を記入**

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