

**の部分  
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 原田 英之 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

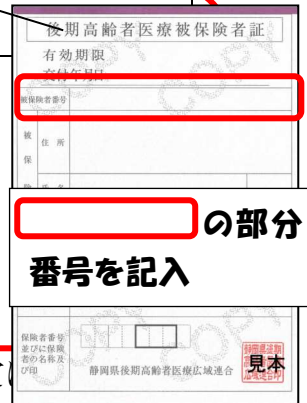
袋井市後期高齢者人間ドック受診費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、受診費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

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



**の部分の  
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