

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く申請します。

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 聖隷予防検診センター（三方原） 6 遠州病院 7 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等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