様式第１号

人間ドック受検申込書兼人間ドック検査料補助金交付申請書
【国民健康保険・後期高齢者医療】

年　　月　　日

（あて先）三芳町長

申請者　住　所
（受検者）氏　名
電話番号　　－　　－

下記のとおり検査料補助金の交付を受けたいので、人間ドック検査料補助要綱第５条の規定により、申請します。

記

<table>
<tr><td colspan="2">被保険者番号</td><td>国保・後期</td><td colspan="3">記号　　番号</td></tr>
<tr><td rowspan="3">受検者</td><td>住　　所</td><td colspan="4">三芳町
（申請者と同じであれば記入不要）</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">受検予定日</td><td>年　　月　　日</td><td>種別</td><td>人間ドック・脳ドック</td></tr>
<tr><td colspan="2">医療機関名</td><td colspan="3">☐ 所沢市市民医療センター（オプション　有・無　）
☐ イムス三芳総合病院
☐ その他（　　）</td></tr>
</table>

≪　同　意　≫
検査結果を報告し、保健指導に活用することに同意します。

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿