

坂城町国民健康保険人間ドック受診補助券交付申請書

坂 城 町 長 様

令和 年 月 日

住所 坂城町大字

申請者氏名

電話番号

下記のとおり、人間ドックの受診を希望したいので、補助券の交付を申請します。
なお、この申請に伴い、人間ドック受診後の健診結果について、高齢者の医療の確保に関する法律の規定に基づき実施する町の特定保健指導に用いることに承諾します。

被保険者番号	受診者氏名	生年月日	年齢
さかき一		昭和 年 月 日	歳

人間ドック受診機関	受診日(予定日)
厚生連(篠ノ井総合病院 ・ 長野松代総合病院 ・ 佐久総合病院) その他(上田生協診療所 ・ 千曲中央病院)	月 日

受診種別(○で囲んでください)	
日帰り A	一泊二日 B
13, 000円	15, 000円

※ 町で記入します	
交付日 令和 年 月 日	
整理番号 A ・ B	