

守谷市後期高齢者医療人間ドック等検診料助成申請書

令和〇年〇月〇日

守谷市長 あて

人間ドック等検診の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

被保険者(申請者)	住 所	守谷市本町〇〇〇〇番地の〇〇		
	フリガナ	コウキ タロウ	性 別	男
	氏 名	後期 太郎	電 話 番 号	45-〇〇〇〇
	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		
検診種別	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック	予 約	あり ・ なし	
	<input type="checkbox"/> 脳 ドック	検 診 予 約 日	令和〇年〇月〇日	
医 療 機 関 名		総合守谷第一病院		
確 認 欄	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック等を利用するので、今年度は市が行う健康診査は受けません。			

私が受診した人間ドック等検診に係る助成金の請求及び受領について、上記の医療機関に委任します。

また、私の人間ドック等検診の結果について、上記の医療機関が守谷市に対し報告を行うこと及び検査情報を保健事業に活用することについて同意します。

署名(自署) 後期 太郎

受付番号	
特記事項	