

別記

様式第1号(第5条)

年 月 日

八街市長 様

申請者 住 所  
(受検者)

氏 名 ⑩

生年月日 年 月 日

性 別 男 ・ 女

電話番号 — —

八街市後期高齢者医療人間ドック等助成利用申請書

下記のとおり人間ドック等を受検したいので、八街市後期高齢者医療人間ドック等助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。

なお、八街市が、人間ドック等の検査結果を取得し、保健事業等に使用することについて、同意します。

記

被保険者番号		
医 療 機 関	名称	
	(所在地： )	
受 検 予 定 日	年 月 日	
助 成 区 分	1. 人間ドック 2. 脳ドック 3. 脳ドック併用人間ドック	
※ 特定健康診査の受診(予定)の有無	有 ・ 無	
※ 資 格 状 況		
※ 後期高齢者医療保険料の納税状況		

※欄は、記入しないでください。