

銚田市後期高齢者医療人間ドック健診費用助成申請書

銚田市長 様

令和 7 年度銚田市後期高齢者医療人間ドック健康診査費用助成実施要綱第 6 条の規定に基づき、人間ドック健診の受診及び助成金の交付を申請します。

なお、人間ドック健診の結果等について、指定医療機関から銚田市に情報提供することに同意します。

申 請 日		年 月 日					
世 帯 主 氏 名							
申 請 者 (受診者)	住 所						
	フ リ ガ ナ						
	氏 名						
	生 年 月 日	年 月 日			年齢	歳	
	被保険者番号						
	電 話 番 号						
受診する 医療機関							
受 診 日	年 月 日 ()						

※年齢は、受診日時点で記入してください。