

（あて先）玉村町長

玉村町後期高齢者医療人間ドック検診費助成交付申請書

玉村町後期高齢者医療人間ドック検診助成要綱第5条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

また、申請にあたり以下のことに同意します。

- (1) 同一年度内に人間ドック検診と後期高齢者健康診査（しなやか健診）を重複して受診した場合、人間ドック検診費補助金を返還すること。
- (2) 後期高齢者医療保険料に滞納がないか確認すること。
- (3) 町民健康管理事業に使用するため、町へ検診結果を提供すること。

記

				整理番号		
受診者	被保険者番号		電話番号			
	住所	〒370-11 佐波郡玉村町大字				
	フリガナ				性別	
	氏名				年齢	歳
	生年月日	大・昭	年	月	日生	
受診希望日	年 月 日					
検診方法	日帰り人間ドック					
検診希望 医療機関 （〇印をつけてください）	1：伊勢崎佐波医師会病院 成人病検診センター					
	2：伊勢崎市民病院					
	3：角田病院					
	4：日本健康管理協会					
	5：その他の医療機関（ ）					
				資格	納税	