

様式第1号

令和8年度 玉村町国民健康保険人間ドック検診費助成申請書

保険証の記号番号	—
住 所	玉村町大字
フ リ ガ ナ	
申 請 者 氏 名	(男 ・ 女)
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
電 話 番 号	— —
受 診 日	令和 年 月 日
検 診 方 法 *いずれか1つのみ選択	1. 日帰りドック 2. 日帰りドック+脳ドック
検 診 機 関 *いずれか1つのみ選択	1. 伊勢崎市民病院 2. 伊勢崎佐波医師会病院 成人病検診センター 3. 角田病院 4. 日本健康管理協会 伊勢崎健診プラザ 5.

上記のとおり申請します。

私は検診結果を玉村町へ提出すること及び町がその内容を国民健康保険事業(特定健康診査・特定保健指導)において利用することに同意します。

また、私はこの申請に必要な事項として、「国民健康保険税の納入状況の閲覧」・「住民基本台帳の閲覧」について、担当職員が調査、閲覧することに同意します。

令和 年 月 日

(あて先) 玉村町長

※資格	※納税	※健診
※助成金額		

※記入不要