

様式第1号 (第6条関係)

池田町人間ドック等助成券交付申請書

年 月 日

池田町長 様

申請者 (受診者) 住 所 _____
氏 名 _____
電 話 _____

人間ドック等助成券の交付を受けたいので、次の事項に同意のうえ、申請します。

- 1 助成券交付の審査に必要な情報を役場担当課へ照会すること。
- 2 町が実施する保健指導を受けること。
- 3 助成金の請求及び受領に関する一切の権限を医療機関に委任すること。
- 4 人間ドック等の健診結果を町が医療機関から直接取得すること。
- 5 健診結果を、各種統計に利用すること。(個人が特定されることはありません。)

(国保) 保険証記号番号 (後期) 被保険者番号	どちらかに○ 国保 ・ 後期
受診者氏名	
生年月日	年 月 日
ドックの種類	日帰りドック ・ 1泊2日ドック ・ 脳ドック
受診予定年月日	年 月 日
受診医療機関 (指定医療機関)	

以下、役場使用欄

【国保】受診者が保険税の過年度分の滞納がない世帯に属する者である。	税務担当者 確認印
【後期】受診者が保険料の過年度分の滞納がない者である。	

助成券発行日 年 月 日	発行者印
交付番号 ()	