

様式第1号（第6条関係）

人間ドック助成申請書

令和 年 月 日

神河町長 様

申請者	住 所	神河町
	氏 名	
	生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)
	個人番号	
	連絡先	

記

下記医療機関で人間ドックによる健康診査を受けたいので、神河町国民健康保険人間ドック事業助成要綱第6条の規定により申請します。

1. 被保険者証番号 \_\_\_\_\_
2. 医療機関名 公立神崎総合病院
3. 受診日 令和 年 月 日

今回の人間ドックの健診結果を医療機関から神河町役場へ提供することについて、同意いたします。

氏 名 \_\_\_\_\_

本人確認/窓口で手続きをされた方 ( )	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書等 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------------------------	---