様式第１号（第６条関係）

人 間 ド ッ ク 助 成 申 請 書

年　　月　　日

神河町長　様

申請者　住　　所　神河町＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日（満　　歳）

電　　話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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 番 号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2. 医 療 機 関 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3. 受　　診　　日 ＿＿＿＿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します。

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿