

様式第2号（第6条関係）

桶川市後期高齢者医療制度人間ドック・脳ドック検診費補助金交付申請書（事前申請用）

| | | | | | | |
|-------|------------|-----|------|-------|----|-------|
| 受診者 | 被保険者番号 | | 氏名 | | 性別 | 男・女 |
| | 住所 | 桶川市 | | | | |
| | 電話番号 | () | 生年月日 | 年 | 月 | 日(歳) |
| 検診の種別 | 人間ドック 脳ドック | | | | | |
| 検診日 | 年 | 月 | 日 | 検診機関名 | | |

上記のとおり、補助金の交付を申請し、補助金の受領については、検診機関の院長に委任します。
またこの検診結果を、検診機関が桶川市に提供することに同意します。なお、桶川市が実施する健康診査・がん検診の対象となった場合、検診結果を桶川市に提供することに同意します。

令和 年 月 日

桶川市長

申請者氏名

《 事務処理欄 》

資格あり

保険料滞納なし