

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	
	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