

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 》                     |                                  |
| <input type="checkbox"/> 資格あり | <input type="checkbox"/> 保険料滞納なし |