

後期高齢者人間ドック助成事業申請書

(No. )

被 保 険 者 番 号	
住 所	
フ リ ガ ナ 氏 名	
生 年 月 日	
資 格 取 得 年 月 日	
健 診 方 法	※いずれか1つのみ選択 1 日帰りドック 2 日帰りドックプラス 3 脳ドック
健 診 機 関	1 公立富岡総合病院 2 下仁田厚生病院

私は、健診機関が健診結果を富岡市に送付すること及び富岡市がその内容を後期高齢者の保健事業において利用することに同意します。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

富岡市長様

住 所 富岡市

申請者 氏 名

電話番号

健 診 予 定 日	令和 年 月 日
-----------	----------

受付者	確認者