

後期高齢者人間ドック検診費助成事業申請書

(No.)

被 保 険 者 番 号	
住 所	
ふ り が な 氏 名	
生 年 月 日	
資 格 年 月 日	
検 診 方 法	※いずれか1つのみ選択 1 日帰りドック 2 1泊2日ドック 3 脳ドック
検 診 機 関	1 公立富岡総合病院 2 下仁田厚生病院

私は、検診機関が検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

申請者 氏 名

印

電話番号

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

受付者	確認者