

後期高齢者人間ドック助成申請書

| | | | |
|---|-----------------------|-----|-------------|
| 受付No. | | | |
| フリガナ | | | 被保険者 番 号 |
| 受診者 氏 名 | | | 受診 健診機関 |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 (年齢 歳) | 受診日 | 令和 年 月 日 |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p> <p>五泉市長 宛</p> | | | |

【振込先口座】

| | | | |
|-------|----------------|------------|----------|
| 金融機関名 | 銀行・農協 組合・金庫 | | 支店 支所 |
| 口座種別 | 普通 ・ 当座 | フリガナ | |
| 口座番号 | | 名義人 氏 名 | |

同 意 書

私は、人間ドックの健診結果を五泉市及び新潟県後期高齢者医療広域連合へ提供することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 _____ 印

(自署の場合は押印不要)

【市処理欄】 ※記入したり取り取ったりしないでください。

| | | | | | | |
|------|-------------|--|-----------|------------|----------|--------------|
| 審査事項 | 年齢 | | 保険料 未納 | 有 無 | 他の 健診 | 受診() 無受診 |
| 審査結果 | 可・否 (否の理由) | | | ドック 受診日 | 令和 年 月 日 | |
| 担当者名 | | | | 宛名番号 | | |