

高砂市後期高齢者医療人間ドック助成金交付申請書

年 月 日

高砂市長 様

申請者
住所
氏名
電話番号

人間ドック費用の助成を受けたいので、高砂市後期高齢者医療における人間ドックに要する費用の助成に関する要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

被 保 険 者 証 番 号			
(フ リ ガ ナ) 被 保 険 者 氏 名		性別	
生 年 月 日			
住 所			
電 話 番 号			
受 診 希 望 医 療 機 関 名	☐ 高砂市民病院 ☐ 高砂西部病院		
同意欄	☐ 特定健診等に関する業務を実施する目的で、市が各指定医療機関から特定健康診査等に関する健診結果データの提供を受けることに同意します。		

胃カメラ （ 有 ・ 無 ）