

(様式第1号)

整理番号

年 月 日

西会津町長 様

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_

## 西会津町人間ドック助成事業交付申請書

下記のとおり受診したいので西会津町人間ドック助成事業実施要綱第8条により申請します。

加入保険			自治区					
記号番号								
被 検 診 者	住 所	西会津町						
	フリガナ			年 齢	歳	性 別	男・女	
	氏 名	印						
	生年月日	昭和	年	月	日生	電話番号		
検 診 希望日	第1希望	月	日	( )	～	月	日	( )
	第2希望	月	日	( )	～	月	日	( )
	第3希望	月	日	( )	～	月	日	( )
(ロカメラ・鼻カメラ・透視) ※坂下厚生総合病院は木曜日の鼻カメラはありません。								
希 望 医療機関	※オプション検査をお申込みする場合は【 】に記入							
	<input type="checkbox"/>	佐原病院					【	】
	<input type="checkbox"/>	竹田総合病院					【	】
	<input type="checkbox"/>	坂下厚生総合病院					【	】
<input type="checkbox"/>	会津中央病院					【	】	
受診経費	円							
経費補助 申請額	円							

皆さまの健康管理をサポートし、今後の事後フォローに活用いたします。ご理解のうえ、同意願います。

### 個人情報と健診結果の利用に関する同意書

私の個人情報と人間ドック健診結果について、特定健康診査・保健指導・がん検診精度向上のための検証に利用することに同意します。

氏 名 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_

(被保険者との関係 \_\_\_\_\_)