

【記入例】①～③を記入して窓口へご提出ください

整理番号

① 提出日を記入

令和6年5月1日

② 氏名を記入

申請者 氏名 西会津 太郎

③ 太線で囲われた枠内を記入

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	社会保険		自治区	下小屋				
記号番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇							
被 検 診 者	住 所	西会津町 野沢字下小屋上乙3308番地						
	フリガナ	ニシアイズ タロウ		年 齢	55歳	性 別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
	氏 名	西会津 太郎	<input checked="" type="radio"/> 印					
	生年月日	昭和 55 年 5 月 5 日生		電話番号	55-5555			
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	()
	(口カメラ・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

※こちらの網がけ部分は記入不要です
(提出の際に職員が聞き取りにより記入します)

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 西会津 太郎

代理人氏名

(被保険者との関係)