（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			

医療機関（１つのみ）	受診希望月（複数可）
□ 佐原病院	□７月 □８月 □９月 □１０月 □１１月 □１２月 □いつでも可
□ 竹田綜合病院	□７月 □８月 □９月 □１０月 □１１月 □１２月 □いつでも可
□ 坂下厚生総合病院	□６月 □７月 □８月 □９月 □１０月 □１１月 □いつでも可
□ 会津中央病院	□７月
胃カメラ	オプション検査の有無
□ 口カメラ □ 鼻カメラ □ 透視	□あり【　　】 □なし

受診経費	補助申請額
円	円

※坂下厚生総合病院は木曜日の鼻カメラはありません。

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　　）