

(様式第1号)

木島平村人間ドック助成事業受診助成券交付申請書

令和 年 月 日

木島平村長 あて

住 所 木島平村大字 上木島・往郷・穂高 番地
申請者 氏 名
(受診者) 電 話 ()

木島平村人間ドック助成事業実施要綱第2条の規定による助成を受けたいので、同要綱第4条の規定により申請します。

なお、申請に当たり、次の項目について承諾します。

- 1) 当該年度内に村が実施する特定健診を受診しないこと。
- 2) 木島平村が、受診医療機関から人間ドック等の健診結果のうち特定健診事項について、結果の提供を受けること。
- 3) 村から交付される助成金の受領について、受診医療機関に委任すること。

受診者氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
住 所	木島平村大字 上木島・往郷・穂高 番地		
被保険者番号	国民健康保険		
	後期高齢者医療		
受診医療機関名	<input type="checkbox"/> 飯山赤十字病院 <input type="checkbox"/> 北信総合病院 <input type="checkbox"/> みゆき会クリニック <small>受診する医療機関に☑してください</small>		
受診人間ドックの種類	<input type="checkbox"/> 日帰りドック <input type="checkbox"/> 1泊2日ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック (国民健康保険の被保険者のみ) <small>受診する種類に☑してください</small>		
受診予定年月日	令和 年 月 日		

上記申請書を受理し、内容を確認しましたので、助成券を発行してよろしいですか。	決 裁	課長	係長	係 員	担当
	令和 年 月 日				