

上三川町人間ドック等検診費用助成金交付申請書

				受付 番号	
申 請 者 （ 受 診 者 ）	住 所	上三川町			
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	年 齢 【検診予定日現在】	歳	
	電話番号				
世帯主名					
保険の種類	1 国民健康保険 2 後期高齢者医療	被保険者 (記号) 番号			
検診予定日	年 月 日 （宿泊の場合は1日目）				
ドックの種類	人間ドック ・ 脳ドック				
検診機関					
特定健康診査・後期高齢者健康診査の受診（予約含む）			している ・ していない		
上記のとおり、人間ドック等の検診費用の助成を受けたいので申請します。 なお、人間ドック等の検診結果票（特定健康診査又は後期高齢者健康診査に係る部分）に関しては、検診機関を通じ又は直接、町に提出し、必要に応じ特定保健指導に活用することに同意します。 年 月 日 上三川町長 宛て					

【事務処理欄】	受付者	確認方法
1 国保税又は後期保険料の滞納の有無 [月 日現在] （有・無）		☐ マイナンバーカード
2 特定健診等の受診の有無 （有・無）		☐ 運転免許証
3 人間ドック等助成金交付の有無 （有・無）		☐ その他（ ）