

日高市後期高齢者医療人間ドック補助金交付申請書

年 月 日

(あて先) 日高市長

申請者 (受検者)

住 所 日高市

氏 名

生年月日 年 月 日 (歳)

電話番号

日高市後期高齢者医療人間ドック補助金の交付に関する規則の規定により、補助金の交付を受けたいので申請します。また、健康診査の資料とするため、人間ドックの検査結果等について、指定医療機関から日高市が提供を受けることに同意します。

被 保 険 者 番 号	
指 定 医 療 機 関 名	
検 査 日 程	1泊2日 ・ 1日外来 ・ 半日外来
受 検 年 月 日	年 月 日
検 査 料	円
補助金交付申請額	円

備考

- 1 申請者の年齢は、受検当日における年齢を記入してください。
- 2 補助金交付申請額は、検査料の1/2の額とし、2万円が限度となります。