

様式第 1 号（第 6 条）

年 月 日

四街道市長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

四街道市後期高齢者医療短期人間ドック等助成申請書

短期人間ドック等の受検に係る費用の助成を受けたいので、四街道市後期高齢者医療短期人間ドック等助成事業実施要綱第 6 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

被 保 険 者 番 号		
受検希望者	氏 名	
	生年月日	年 月 日（受検予定日において満 歳）
受 検 種 別	☐ 人間ドック ☐ 脳ドック ☐ 人間ドック・脳ドック	
検 査 予 定	所 在 地	
医 療 機 関	名 称	
受 検 予 定 年 月 日	年 月 日（ 年 月 日）	
※資格状況		
※後期高齢者 医療保険料 の納付状況		

※欄は、記入しないでください。