

(記入方法)

様式第1号 (第6条)

年 月 日

四街道市長 様

- ① 申請日を記入してください。
- ② 申請者(受検する人)の情報を記入してください

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	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 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	<div style="border: 1px solid red; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>③ 受検する内容を記入してください</p> </div>	

※欄は、記入しないでください。