

美浦村人間ドック等健康診査費用助成申請書

保 険 者 名		後期高齢者医療広域連合		被保険者等 記号・番号			
世帯主氏名				電話番号			
受 診 者	現住所	美浦村					
	フリガナ			男・女	続柄		
	氏名						
	生年月日	年 月 日			年齢	歳	
健診機関名				ドックの種類（○を付けてください）			
土浦協同病院 予防医療センター				人間ドック			
筑波メディカルセンター つくば総合健診センター				人間ドック		脳ドック	
霞ヶ浦成人病研究事業団健診センター				人間ドック		脳ドック	
龍ヶ崎済生会病院 龍ヶ崎済生会総合健診センター				人間ドック		脳ドック	
牛久愛和総合病院 総合健診センター				人間ドック		脳ドック	
セントラル総合クリニック 健診センター				人間ドック		脳ドック	
霞ヶ浦医療センター				人間ドック		脳ドック	
筑波大学附属病院 つくば予防医学研究センター				人間ドック		脳ドック	
筑波学園病院 健診センター				人間ドック		脳ドック	
受診予定日		年 月 日					

私は、人間ドック等健康診査費用助成申請にあたり、助成金受領に関することを指定健診機関に委任します。また、下記の事項について同意します。

- 集団健診、医療機関健診、人間ドック、脳ドックにおいて、同年度内に助成制度を利用できるのは1回のみです。2回目以降の健診費用は、全額自己負担になります。
- 検査結果については、健診機関を通じて美浦村に報告され、必要に応じて保健指導等に活用します。

年 月 日

申請者氏名 _____

美浦村長

殿

注) 受診日に国民健康保険又は茨城県後期高齢者医療広域連合の被保険者でない方は、助成の対象外となります。

国保年金課処理欄

上記のとおり交付してよろしいか。

(決裁欄/決裁規程による)

本人確認

個人番号カード

運転免許証

健康保険証

その他 ()

記入例

保険者名		後期高齢者医療広域連合	被保険者等 記号・番号	1 2 4 5 6 7 8	
世帯主氏名		美浦 花子	電話番号	012-345-6789	
受診者	現住所	美浦村			
	フリガナ	ミホ ハナコ	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	続柄	本人
	氏名	美浦 花子			
	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日	年齢	79 歳	
健診機関名			ドックの種類 (○を付けてください)		
土浦協同病院 予防医療センター			人間ドック		
筑波メディカルセンター つくば総合健診センター			人間ドック	脳ドック	
霞ヶ浦成人病研究事業団健診センター			人間ドック	脳ドック	
龍ヶ崎済生会病院 龍ヶ崎済生会総合健診センター			人間ドック	脳ドック	
牛久愛和総合病院 総合健診センター			人間ドック	脳ドック	
セントラル総合クリニック 健診センター			人間ドック	脳ドック	
霞ヶ浦医療センター			人間ドック	脳ドック	
筑波大学附属病院 つくば予防医学研究センター			人間ドック	脳ドック	
筑波学園病院 健診センター			人間ドック	脳ドック	
受診予定日	××年 ××月 ××日				

私は、人間ドック等健康診査費用助成申請にあたり、助成金受領に関することを指定健診機関に委任します。また、下記の事項について同意します。

集団健診、医療機関健診、人間ドック、脳ドックにおいて、同年度内に助成制度を利用できるのは1回のみです。2回目以降の健診費用は、全額自己負担になります。

検査結果については、健診機関を通じて美浦村に報告され、必要に応じて保健指導等に活用します。

△△ 年 △△ 月 △△ 日

申請者氏名 美浦 花子

美浦村長 殿

注) 受診日に国民健康保険又は茨城県後期高齢者医療広域連合の被保険者でない方は、助成の対象外となります。

国保年金課処理欄 上記のとおり交付してよろしいか。 (決裁欄/決裁規程による)	本人確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
---	--