

人間ドック等補助券交付申請書

年 月 日

(申請先) 上田市 長

郵便番号 3 8 6 -

住 所 上田市

申 請 者
(受診者)

氏 名 (印)

電話番号 - -

生年月日 大・昭 年 月 日 (年齢 歳)

※年齢はドック検査日時点

人間ドック等補助券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり市税等の納付状況確認の調査について同意し、また、上田市国民健康保険に加入している場合は、検査結果を市に提供し、特定保健指導等への活用について同意します。

(再発行の場合)

紛失した人間ドック等補助券を発見したときは、発見した人間ドック等補助券を遅延なく市に返還することに同意します。

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号			
人間ドック等の種類	1泊2日人間ドック	日帰り人間ドック	脳ドック
受 診 予 定 日	年 月 日 から 月 日 まで		
医 療 機 関 名	総合病院・医療センター 病院・医院・診療所・クリニック		

【 上田市記入欄 】

(受付課)

(国保・健推)

課長	係長	係	新規	滞納なし	特定対象	年度	受付	担当
			再発行	滞納あり	対象外			

補助を決定し、補助券を交付してよろしいですか。