

人間ドック等補助券交付申請書

(申請先) 上 田 市 長

郵便番号

住 所

申 請 者

氏 名

電話番号

—

—

生年月日

(年齢 歳)

※年齢は検査日時点

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、申請にあたり市税及び後期高齢者医療保険料の納付状況を職員が調査すること、及び検査結果を市に提供し、特定健診又は長寿健診に準じて利用することに同意します。

加 入 医 療 保 険 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 (国保被保険者のみ)
受 診 予 定 日	令和7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)

課長	係長	係	新規	滞納なし	特定対象	年度	受付
			再発行	滞納あり	対象外	R7	

補助を決定し、補助券を交付してよろしいですか。