



様式第1号（第7条関係）

受付番号

平成30年度壬生町後期高齢者医療 ドック検診助成金交付申請書

被保険者証 番号		受診者氏名	
性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 年 月 日 生
検診種別 (番号に○をつけてください)	1 日帰り人間ドック 2 1泊2日人間ドック 3 脳ドック		
<p>検診を行うにあたって、検診機関が検診結果のデータを壬生町に提供すること、及び壬生町が後期高齢者医療保険料の納付状況を確認することに同意し、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>壬生町長 小菅 一弥 様</p> <p style="text-align: center;">住 所 壬生町</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">(電話番号 ー)</p>			

チェック項目（以下は記入不要です）	
1 後期高齢者医療保険料の滞納がない	
2 同年度中に特定健診・後期高齢者検診の受診がない	
3 同年度中に国民健康保険ドック検診の助成がない	
4 前年度中に脳ドック検診への助成がない	