

別記様式第 1 号

芳賀町国民健康保険人間ドック及び脳ドック補助金交付申請書

被保険者等 記 号・番号		記 号	番 号	
受 診 者	住 所	芳賀町		
	氏 名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	年齢	歳
	電話番号			
受 診 予 定 日		年 月 日		
ドックの種類		人間ドック ・ 脳ドック		
検 診 機 関				
芳賀町国民健康保険人間ドック及び脳ドック補助金交付要綱第 6 条の規定に基づき、補助金及び受診票の交付を申請します。 また、検診結果が検診機関から芳賀町に報告され、必要に応じ特定保健指導等に活用されることに同意します。 年 月 日 芳賀町長 様 申請者（受診者）氏名				

町 記 入 欄	検診日年齢 (35～74 歳)	受診票交付	健診の受診	この要綱等による 補 助 金 の 交 付
	適・否	番号 人－ 脳－ 交付日	無・有	無・有