様式第１号（第６条）

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

四街道市長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　四街道市後期高齢者医療短期人間ドック等助成申請書

短期人間ドック等の受検に係る費用の助成を受けたいので、四街道市後期高齢者医療短期人間ドック等助成事業実施要綱第６条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 受検希望者 | 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日（受検予定日において満　　歳） |
| 受検種別 | □　人間ドック　　□　脳ドック　　□　人間ドック・脳ドック |
| 検査予定医療機関 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 受検予定年月日 | 年　　月　　日（　　年　　月　　日） |
| ※資格状況 |  |
| ※後期高齢者医療保険料 の納付状況 |  |

　　　※欄は、記入しないでください。