

沼田市国民健康保険人間ドック検診費助成申請書

沼 田 市 長 様

申請者 住所 沼田市 町 番地
(世帯主) 氏名

次のとおり申請します。なお、沼田市が医療機関より検診結果の提供を受けることに同意します。

被保険者証記号番号	沼		
受 診 者	住 所	沼田市	町 番地
	ふりがな		
	氏 名		男・女
	生年月日	大・昭	年 月 日生
	電話番号		
検診希望医療機関			

* 人間ドックの結果は、国保特定健診、健康増進事業及び疾病予防事業に役立てることを目的としているため、その他の目的のために使用することはありません。

受付番号	
------	--

すべての方がご記入ください。

ある・ないのどちらかに○を付けてください。

○4・5月にドックの受診予定がありますか？ ある ・ ない

※ある人には、事前に受診シールをお送りします。ない人には、5月中旬に受診シールをお送りします。