

第 1 号様式(第 7 条関係)

人間ドック・脳ドック助成申請書 (満 30 歳以上満 39 歳以下用)

被保険者番号	奈 3 5	
助成対象者	氏 名	(男・女)
	生 年 月 日	年 月 日
	世帯主との続柄	
受診医療機関	名 称	南和広域医療企業団 南奈良総合医療センター
	所 在 地	吉野郡大淀町大字福神 8 番 1
	受 診 予 定 日	年 月 日
ドックの種類		人間ドック ・ 脳ドック

吉野町国民健康保険人間ドック等助成要綱の規定により、上記のとおり申請します。
なお、検査の結果、特定保健指導の対象者となった場合は、特定保健指導を受けます。

年 月 日

吉野町長 殿

世帯主 住 所 吉野町大字
氏 名
T E L ()

〈町記入欄〉

資格審査	年 月 日	審査結果	決 定 ・ 却 下
資格取得日	年 月 日	自己負担額	円
納付状況	完 納 ・ 未 納	助成金額	円

受理番号 第 号