

人間ドック検査助成申請書（満40歳以上の者用）

被保険者番号	奈35	
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	奈良県吉野郡大淀町大字福神8番1
	受診予定日	年 月 日

吉野町国民健康保険人間ドック助成要綱の規定により、上記のとおり申請します。  
 なお、本年度に重複して特定健診を受診しないこと、及び特定健診の対象者抽出のため医療機関を介し必要となる検診結果の提出に同意します。

令和 年 月 日

吉野町長 殿

(世帯主)

住所	〒639- 吉野町大字
氏名	
TEL	( )

<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