

第 2 号様式 (第 7 条関係)

人間ドック・脳ドック助成申請書 (満 40 歳以上の者用)

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、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。

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