

様式第1号



決 裁	課長	主幹	課長補佐	係長	係員

短期人間ドック利用承認申請書

年 月 日

東庄町長 岩田利雄 様

申請人 住 所 東庄町
氏 名
電話番号

印

私は、東庄町短期人間ドック助成事業を利用したいので、承認されたく申請いたします。

保険の名称		保険者番号		記号番号	
世帯主氏名					
フリガナ		男	生年	年 月 日	
利用者氏名	-----	女	月日	歳	
検診医療機関名	東庄町国民健康保険東庄病院				
検査の種類	一日コース ・ 一泊コース				
利用予定日	年 月 日() ~ 年 月 日()				
短期人間ドック成績報告書等受領の承諾					
私は、町が短期人間ドック成績報告書を検査医療機関から受領し、特定健康診査並びに特定保健指導の資料として使用することを承諾します。					
受検者氏名					印

町税及び国保税納付状況確認承諾書

助成事業の利用に必要なため、私の町税及び国保税の納付状況を確認することに承諾します。

個人情報保護条例により本人の同意が必要となりますので、住民税・固定資産税・軽自動車税(50ccのバイクを含む)・国保税の納税義務者全員の署名・捺印をお願いします。

氏名	印	氏名	印
氏名	印	氏名	印
氏名	印	氏名	印

事務処理欄		
(1)	住基台帳に1年以上記載	
(2)	満35歳以上満70歳未満	
(3)	町税及び国保税の完納世帯	完
		未
(4)	利用後1年以上経過	
(5)	特定健康診査の受診状況	有 ・ 無
その他	国保・社保の確認	国保・社保

公印使用確認欄