

後期高齢者医療人間ドック助成申請書

	被保険者番号	
受診希望者 氏名	ふりがな	生 年 月 日
	男・女	年 月 日生 ()歳
住 所	王寺町 丁目 番 号	電 話
受診医療機関	受 診 予 定 日	年 月 日
備 考		

王寺町後期高齢者医療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。

検査結果は、後期高齢者の健康診査に利用することに同意します。

※今年度の王寺町特定健康診査及び後期高齢者健康診査は受診していません。

年 月 日

王 寺 町 長 殿

申請者 住所

氏名

印

電話

- -