

人間ドック等費用助成申請書

保険証番号		受診を希望する被保険者氏名		生年月日	
胎内		フリガナ		年 月 日	
受診希望 医療機関 (○印を付すこと)	指定医療機関		下越総合健康開発センター 新発田市本町4-16-83		
			新潟県健康管理協会 新潟市中央区新光町11-1		
			新潟勤労者医療協会下越病院 新潟市秋葉区東金沢1459-1		
			厚生連村上総合病院 村上市緑町五丁目8番1号		
			健康医学予防協会 新潟市中央区紫竹山2-6-10		
			新潟県労働衛生医学協会(フーカ健康増進センターほか) 新潟市中央区川岸町1-39-5		
			新潟県立坂町病院 村上市下鍛冶屋589		
			厚生連豊栄病院 新潟市北区石動1-11-1		
			新潟脳外科病院 新潟市西区山田3057		
			新潟リハビリテーション病院 新潟市北区木崎761番地		
		その他の 医療機関	名称: 所在地: ※特定健診の項目を全て含む人間ドックを実施 している医療機関に限る。		
受診希望日				年 月 日	
喀たん検診希望の有無 (別料金)				有 ・ 無	
胸部・腹部CT検査希望 (別料金)				有 ・ 無	
年4月1日以降に人間ドック又は胎内市で実施している集団健診の受診の有無				有 ・ 無	
(集団健診者のみ記入) 送迎バス利用の有無				有 ・ 無	
(その他の医療機関希望者のみ記入)	銀農金その他 行協庫		口座番号	口座名義人	
助成金振込 金融機関名	支店	種別		フリガナ	
<p>上記のとおり、人間ドック等費用の助成を申請します。</p> <p>なお、私の保健指導及び健康相談の実施並びに統計・調査研究に活用するため、胎内市が健診結果の提供を受けることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(あて先) 胎内市長</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p>受診者住所：胎内市</p> <hr/> <p>受診者氏名： _____</p> <p style="text-align: right;">(自署又は記名押印)</p> <p>電話番号： _____</p>					