

長寿（後期高齢者）医療制度

人間ドック等検診助成金支給申請書

住 所	いちき串木野市		
受診者氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日	連絡先	
保険証番号			
ドックの種類	人間ドック（1日・2日）・脳ドック・がんドック		
受診日	年 月 日 ～ 月 日		
医療機関等の 名称及び所在地	名 称		
	所在地		
受診費用	別紙領収書のとおり	添付書類	領 収 書
			検査結果書(写し可)

年 月 日

申請者(被保険者)

住 所 いちき串木野市

氏 名

支給決定伺

課長	補佐	主幹	係長	係	支給決定額	受付印
					円	