

※太枠部分を記入してください。

美郷町長 松田 知己 様

申請日：令和 年 月 日

申請 (受診) 者	住所	〒 ー		
	氏名	⑩	電話番号	ー
	生年月日	昭和 年 月 日		

### 令和2年度美郷町人間ドック等助成金交付申請書

美郷町国民健康保険（後期高齢者）人間ドック等助成金交付要綱の規定により、下記のとおり人間ドック等助成金の交付申請をします。なお、下表Aの医療機関を利用する場合は、助成金の受領に関する一切の権限を契約医療機関に委任します。また、町が特定健康診査等内容を把握するため、人間ドック等の健診結果を当該医療機関から町に送付または提出することを承諾します。

記

予約した受診日	令和 年 月 日 ( ) ~ 日 ( )
---------	----------------------

◎予約した種別に○印をつけてください。

医療機関名	種別	国民健康保険			後期高齢者		
		日帰り	宿泊	脳	日帰り	宿泊	脳
A 契約	秋田県総合保健センター						
	大曲厚生医療センター						
	大曲中通病院						
	平鹿総合病院						
	市立大森病院						
	大石脳外科クリニック						
	ささき脳神経外科・内科クリニック						
B 契約無	※受診する医療機関名を記入してください [ ]						

※処理欄

審査	資格	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( <input type="checkbox"/> 退職)	助成金額	円	受付印
	税(料)納付状況	<input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 滞納			
情報	被保険者番号		資格		
	宛名番号		還暦		
処理	受付No.		入力		