

蒲郡市後期高齢者医療人間ドック検査費用助成申請書

年 月 日

蒲 郡 市 長 様

申 請 者 住 所 蒲 郡 市

(受診希望者) 氏 名

電 話

蒲郡市後期高齢者医療人間ドック検査費用の助成に関する規則に基づく助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

また、助成対象者であることを確認するために必要があるときは、私の後期高齢者医療保険料及び市税の納付状況について、確認事務を行うことに同意します。

記

受診希望者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日・年齢	(大正・昭和) 年 月 日 (歳)
被 保 険 者 番 号		
蒲 郡 市 民 病 院 診 察 券 番 号		

処理欄

No.	市税等確認	脳ドック併用