

令和 年 月 日

沼田市後期高齢者医療保険人間ドック検診費助成申請書

沼 田 市 長 様

次のとおり申請します。また、人間ドックの検診結果については、沼田市が医療機関より受領し、保存することに同意します。なお、提出された結果については、後期高齢者医療広域連合への実施結果として匿名化され、部分的に提出されることについても、了承いたします。

被保険者番号			
受 診 者	住 所	沼田市	町 番地
	ふりがな		
	氏 名		男・女
	生年月日	大・昭 年 月 日生	
	電話番号		
検診希望医療機関			

* 後期高齢者医療保険人間ドックの結果は、後期高齢者健康診査、沼田市の健康増進事業及び疾病予防事業に役立てることを目的としているため、その他の目的のために使用することはありません。

受付番号	後
------	---

すべての方がご記入ください。

ある・ないのどちらかに○を付けてください。

○4・5月にドックの受診予定がありますか？ ある ・ ない

※ある人には、事前に受診シールをお送りします。ない人には、5月中旬に受診シールをお送りします。