

様式第1号（第7条関係）

土浦市後期高齢者生活習慣病予防健診 人間ドック 健診費補助金交付申請書
脳ドック

令和 年 月 日

（申請先）土浦市長

土浦市後期高齢者生活習慣病予防健診費補助金交付要項第7条の規定により、補助金の交付を申請します。

また、健診の結果について、健診機関から土浦市及び茨城県後期高齢者医療広域連合に報告され、必要に応じて保健事業に活用されることに同意します。

申請者 (受診する被保険者)	被保険者番号		
	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	年	月 日
	電 話 番 号		
希望する健診機関名			
補助金交付申請額	※		円
※ 保険者用 整理用	該当・非該当	※ 受付番号	土浦 ー

（注）

※印の欄には、記入しないでください。

記入例

どちらか一方に〇をつけてください

土浦市後期高齢者生活習慣病予防健診 **人間ドック** 健診費補助金交付申請書
脳ドック

令和 〇年 〇月 〇日

申請日を記入してください

(申請先)土浦市長

土浦市後期高齢者生活習慣病予防健診費補助金交付要項第7条の規定により、補助金の交付を申請します。

また、健診の結果について、健診機関から土浦市及び茨城県後期高齢者医療広域連合に報告され、必要に応じて保健事業に活用されることに同意します。

申請者 (受診する被保険者)	被保険者番号	01234567		
	住所	土浦市大和町9番1号		
	氏名	土浦 一郎		
	生年月日	昭和21年	1月	1日
	電話番号	826-1111		
希望する健診機関名	〇〇病院健診センター			
補助金交付申請額	※	円		
※ 保険者整理用	該当・非該当	※ 受付番号	土浦 一	

(注)

※印の欄には、記入しないでください。