様式第１号（第６条関係）

後 期

年　　月　　日

丹 波 篠 山 市 長　　様

住 所 丹 波 篠 山 市

申請者 氏　　名　　印

電話番号

丹波篠山市後期高齢者医療保険人間ドック等受診助成申請書

人間ドック等受診助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

被保険者証番号				
受診助成を申請する被保険者	フリガナ 氏　　名		生年月日	
受診医療機関等名	受診予定　　月　　受診予定医療機関名 □ 人間ドック（ 半日 ・ １日 ・　　泊　　日 ） □ 脳ドック　　□ その他			

※　ここから下の欄は記入しないでください。

資格審査	資格取得	H・R　　年　　月　　日		保険料	完　納・未　納
審査結果	可・否	決定番号		医療係確認欄	