

様式第 1 号（第 6 条関係）

後期高齢者医療人間ドック受診申請書				
				年 月 日
白浜町長 様				
<p>後期高齢者医療人間ドックに係る助成金の交付を受けたいので、白浜町和歌山県後期高齢者医療被保険者人間ドック助成事業実施要綱第 6 条の規定により申請します。また、助成の審査に当たり、私に係る後期高齢者医療保険料の納付状況を確認することに同意します。</p>				
住 所 申請者 氏 名 電 話 番 号				
受 診 希 望 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日生	性別	男 ・ 女
	住 所			
検査項目（コース・オプション）		有／無	費用額（円）	自己負担額（円）
合 計		/		
委 任 状				
受診希望者が後期高齢者医療人間ドックを受診した場合における助成金の交付請求及び受領に関する一切の権限を、次の医療機関に委任します。				
指定医療機関名 _____				
年 月 日				
住 所 氏 名				