

中野市人間ドック等助成事業受診助成券交付申請書

年 月 日

中野市長 あて

住 所
申請者氏名
(受診者) 電 話 ()

中野市人間ドック等助成金交付要綱の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

氏名 (受診者)			
生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
住 所			
記 号 ・ 番 号	国民健康保険	中 野 ・	
	後期高齢者医療		
受 診 医 療 機 関 名 (指定医療機関名)			
受 診 ド ッ ク の 類	1 日帰りドック 2 1泊2日ドック		
	〈オプション検査 (40歳以上) : 脳検査 ・ 肺検査 (CT)		
	3 がんどック		
受 診 予 定 年 月 日	年 月 日		

- 1 審査のため、市で保有する情報を確認することについて同意します。
- 2 人間ドック又はがんどックに係る助成金交付の請求及び助成金の受領に関する一切の権限を上記の指定医療機関に委任します。
- 3 指定医療機関から市が特定健診項目相当の健診結果のデータ提供を受けることについて同意します。
- 4 当該健診結果を保健指導等に使用することについて同意します。

氏名