

福山市後期高齢者医療 脳ドック 助成申請書

見出しのことについて、健診を希望しますので、次のとおり助成申請をします。

福 山 市 長 様

被 保 険 者 証 番 号		保 険 年 金 課 受 付 欄
フ リ ガ ナ		
健 診 者 名		
生 年 月 日	年 月 日	
住 所	〒 ー 福山市 町 丁目 番 号 番地	
電 話 番 号	ー ー	

なお、健診に際しては、次のことを遵守します。

- ・ 健診医療機関の指示に従うこと。
- ・ 健診費用の全額を健診医療機関に支払うこと。
- ・ 健診後、その成績表に基づき、積極的に自ら健康管理に努めること。

※ 太枠の内のみ記入してください。

※ ペースメーカーを使用されている方は、健診できません。

受 付 確 認 欄		保 険 年 金 課 確 認 欄		確 認 者
資格の有無	有 無	有 無		
保険料の滞納	無 有	無 有		
当年度の助成 判 定	受 付 確 認 者	無 有 可 否		

支 所 受 付 欄