

様式第1号（第5条関係）

小山町後期高齢者医療脳ドック受診費助成申請書

年 月 日

小山町長 様

住所

申請者 氏名

電話番号

小山町後期高齢者医療脳ドック事業の実施及び受診費助成に関する規則第5条の規定により、小山町後期高齢者医療脳ドック受診費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

被 保 険 者 証 番 号			
助 成 を 受 け る 被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日	年 月 日	
	性 別	男 ・ 女	
検 査 実 施 医 療 機 関 名			
検 査 希 望 期 間	年 月 日 から 年 月 日		

(注)

- 1 国民健康保険の特定健康診査若しくは後期高齢者健康診査又は労働安全衛生法その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を受けた方は、その健診結果を添付してください。
- 2 脳ドックの検査結果は、町へ報告されるほか、保健指導のために使用します。あらかじめ御承知おきください。

整理欄（町記入）

受 診 資 格	
備 考	