様式第1号(第6条関係)

|  |
| --- |
| 神川町後期高齢者医療人間ドック等申込書 |
| 氏名 | 　 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 神川町大字　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 　後期高齢者被保険者被保険者番号 | 　 |
| 検査機関 | 　 |
| 検査方法 | 人間ドック　・　脳ドック　・　併診ドック |
| 検査予定期間 | 年　　月　　日から　　月　　日まで(予定) |
| 神川町後期高齢者医療人間ドック等助成要綱第６条の規定により申込みをします。人間ドック等の検査結果を医療機関が神川町へ提出すること、神川町が行う保健指導等のために利用すること及び保険料の納付状況を調査することに同意します。なお、これにより取得した個人情報については、個人情報の保護に関する法律に基づき、本事業の目的外に使用することはありません。　　　　年　　　月　　　日神川町長　様 |