

花巻市後期高齢者医療人間ドック助成申請書

令和 年 月 日

花巻市長 様

申請者 住 所 〒

氏 名



電話番号

花巻市後期高齢者医療人間ドック助成事業による助成を受けたいので、下記により申請します。

助成金の請求及び受領については、指定医療機関の長に委任します。

また、人間ドックの検査結果について花巻市が指定医療機関から提供を受けることに同意します。

受診者	被保険者証番号			
	(フリガナ)		性別	申請者との続柄
	氏 名		男・女	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
指定医療機関 (受診する医療機関を○で囲んでください。)	<ul style="list-style-type: none"> —阿部内科医院— ・ イーハート一病院 —円万寺内科クリニック— ・ 小原クリニック ・ おばら内科・消化器科クリニック ・ 川嶋医院 ・ 菊地内科クリニック ・ 熊谷内科胃腸科医院 ・ 恵ライフクリニック ・ 笹川医院 ・ ささきクリニック —佐藤医院— ・ さとう内科クリニック 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 循環器科・内科大平医院 ・ すがさわ外科内科クリニック ・ 須田内科医院 ・ 総合花巻病院 ・ 高木丘クリニック ・ たきの内科・循環器科クリニック ・ ちば心療内科クリニック —照井内科消化器科医院— ・ とみつか脳神経外科クリニック ・ 中館内科クリニック —三枚橋診療所— ・ 藤巻胃腸科内科クリニック ・ 宮野目診療所 	<ul style="list-style-type: none"> —ゆうきクリニック— ・ ゆかわ脳外科 ・ 湯本診療所 ・ 大迫地域診療センター ・ 石鳥谷駅前クリニック —金子整形外科医院— —さとう消化器科内科クリニック— ・ 花巻市石鳥谷医療センター ・ 宝陽病院 ・ 渡辺医院 ・ 織笠内科医院 ・ 晴山医院 	
受診予定年月日	令和 年 月 日			

(以下は記入不要です。)

処 理 欄	伺) 上記について、助成を承認(不承認)してよろしいか					受 付
	課 長	課長補佐	係 長	係 員	担 当	
	決定日	令和 年 月 日				