

【記入例】

別記様式第1号(第3条関係)

菊陽町後期高齢者人間ドック健診申込兼補助金交付申請書

申請日 年 月 日

菊陽町長 様

菊陽町後期高齢者人間ドック健診奨励補助金交付要綱第3条の規定により、
申込及び補助金の交付を申請し、次の事項に同意します。

必ず
チェック

- ☒ 受診した人間ドック健診結果を健診機関が菊陽町へ送付すること。
- ☒ 健診結果により指導を必要とする場合は、医療機関や町の保健指導等に参加すること。
- ☒ 補助金の受領については健診機関に委任すること。
- ☒ 健診結果を町と熊本大学と国立長寿医療研究センターが共同で行う「健康長寿プロジェクト(※)」に活用することに同意すること。

※運動や栄養教室への参加ご案内等を行う場合があります。

宛名番号(記入不要) 【 】

住所	菊陽町大字久保田2800番地							
フリガナ	キクヨウ タロウ							
氏名	菊陽 太郎 男 ・ 女							
生年月日	大正 昭和 19年 1月 1日							
電話番号	000-000-0000 ※日中つながる番号を記入してください。							
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
健診コース番号	12			健診希望月		8月		
補助金申請額	25,000円							
備考								

見本 後期高齢者医療資格確認書(または被保険者証)

有効期限 令和 年 7月31日

被保険者番号 12345678

氏 名 広城 太郎 性 別 男

生年月日 昭和24年12月 2日 資格取得年月日 令和 6年12月 2日

交付年月日 令和 6年12月 2日

負担割合・発効期日 ○割(令和〇年〇月〇〇日までは○割) 令和〇〇年〇月〇〇日

限度区分・発効期日 ○〇 令和〇〇年〇月〇〇日

長期入院該当日 令和〇〇年〇月〇〇日

特定疾病区分・発効期日 ○〇〇 令和〇〇年〇月〇〇日

保険者番号 12345678

保険者名 熊本県後期高齢者医療広域連合

※上記の健診コース番号を記入してください。

申込者1名につき1コ

※健診希望月に受診でき

※後日、対象者に該当し

ていただきます。

【申込締切：令和7年5月30日(金) 必着】