

滑川町国民健康保険人間ドック等補助金申請書

課長	副課長	主席主幹	主査	(受付)

記号番号		滑国-		世帯主	
受診者	氏 名			性 別	男 ・ 女
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	電話番号	— —
健診機関名		1. 東松山市立市民病院 2. 東松山医師会病院 3. 藤間病院 4. 埼玉成恵会病院 5. 小川赤十字病院 6. 埼玉医科大学病院 7. 熊谷総合病院 8. 武蔵嵐山病院 9. 大野クリニック			
健診予定日		令和 年 月 日			
《注意事項》 1. 検査項目は、平成20年度から開始された特定健診に対応した内容を含んでおります。 2. 健診結果は、本人及び町に通知されます。町では健診結果内容について、保健事業等の該当者を抽出するために使用しますのでご了承ください。 3. 健診結果については、町の保健及び特定健診担当部署にて管理、保管し法的な根拠等がない限り他の部署へ供出することはありません。					
上記のとおり申請します。 (宛先) 滑川町長 令和 年 月 日 申請者 住 所 滑川町 氏 名					