

令和7年度

人間ドック申請用紙

助成条件

以下同意いただける場合は枠内にチェックをお願いします。

(同意いただけない場合は助成できかねますのでご了承ください。)

- 資格・町税等納付状況について、町長が確認すること。
- 町が実施する保健事業および特定健診・特定保健指導に利用するため健診結果を提出すること。

太枠の中をご記入下さい。

保険の種類	国民健康保険・後期高齢者医療
受診者 氏名	ふりがな -----
生年月日	大正・昭和 年 月 日 () 歳
住所	広陵町
電話番号	

※日中連絡がつく電話番号をご記入ください。

※職員記入欄

受付印	入力日	税務確認	備考