

令和6年度生活習慣病予防検診(脳ドック)費補助金応募用紙

次のことを確認の上、生活習慣病予防検診(脳ドック)費の補助金を受けたいので応募します。

1. 笠間市が行う保健事業(特定健康診査、特定保健指導)に活用するために、検診結果を笠間市及び茨城県国民健康保険団体連合会に提供すること。
2. 検査の結果、特定保健指導の対象となった場合は、特定保健指導を受けること。

応募者(受検者)

申 込 日		令和 6 年 4 月 日	
フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
氏 名			(歳) ※令和6年4月1日現在
性 別	男 ・ 女		
住 所	〒 - 笠間市		
電話番号	() -		

第1希望	実施機関名(病院名)

第2希望	実施機関名(病院名)

第3希望	実施機関名(病院名)

その他	第1~3希望以外でも、空きがあれば医療機関は問わない
-----	----------------------------

前年度のドック受検状況
令和 年 月 受検

※職員記入欄(記入しないで下さい)

国保番号		基本コード	
世帯主氏名		担当者印	
国 保 税	完 ・ 未	受 付 日	令和6年 4 月 日