

掛川市国民健康保険人間ドック検査料助成申請書

令和 年 月 日

(あて先) 掛川市長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

私は、掛川市国民健康保険人間ドック検査料の助成を申請します。  
ドックの健診結果を、保健指導や健康相談を実施する目的で、健診機関から健康づくり推進課へ提供することに同意します。

被保険者記号・番号			
受診者氏名		生 年 月 日	年 月 日
受診予約日	令和 年 月 日		
受診医療機関 (○をつけてください)	1 中東遠総合医療センター 2 聖隷予防検診センター (三方原) 3 聖隷健康診断センター (住吉) 4 小笠医師会立掛川医療センター (御所原) 5 浜松赤十字病院 6 市立御前崎総合病院 7 菊川市立総合病院 8 聖隷東伊場クリニック (東伊場)		