様式第１号（第９条関係）

富山県後期高齢者医療人間ドック利用申請書

被保険者番号					
氏　　名	フリガナ	男 女	生年月日	大正　　年　　月　　日 昭和 （　　才）	
利用区分	一般ドック　・　脳ドック　・（　　）※受検するものを囲んでください。				
検査予定等	検査機関名				
	検査予定日	令和　　年　　月　　日			

上記のとおり人間ドックを受診したいので申請します。

なお、富山県後期高齢者医療広域連合及び私の居住市町村が検査機関から検査結果を受領し、その内容を後期高齢者医療の保健事業において利用することに同意します。

令和　　年　　月　　日

富山県後期高齢者医療広域連合長　あて

郵便番号 〒

住　所

申請者　氏　名

電話番号

※人間ドック（脳ドックを含む。）と健康診査は、同じ年度中にいずれか一方のみ助成を受けられます。両方の助成を受けて受診された方には、後日助成分を請求します。

※ 市町村確認欄　　市町村　　行政センター　支　所

被保険者資格	適・否	保険料滞納の有無	有・無	※令和　　年　　月　　日 納期到来分	確認者
健康診査受診の有無		有　・　無	特定健診番号		
上記無の場合 受診券廃棄依頼 □			受付年月日	令和　　年　　月　　日	

申請者　→　市町村　→　富山県後期高齢者医療広域連合