

必ず窓口にてお申し込みください
郵送では受け付けできません

別記様式第1号（第5条第1項関係）

年 月 日

草津市長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

人間ドック等検診計画書

被保険者記号番号	滋 草 0000
検診を受ける被保険者氏名	
生年月日・年齢	年 月 日 満 才
検診を受ける病院等の名称	
検診期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
検診の種類	人間ドック検診 ・ 組合せドック検診
検診費用	※ 円

注意 ※欄は、計画書提出時に費用が確定している場合に記入のこと。

草津市人間ドック等検診助成金交付要綱に基づき、人間ドック等検診受診後、検診結果票を提出することを承諾します。また、人間ドック検診については、必要に応じて保健指導員による検診事後指導を受けることおよび特定健康診査受診結果として草津市が利用することを承諾します。

氏名 _____

※ 提出していただいた検診結果票については、個人情報保護に留意し、保険者において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用します。