様式第２号

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　様

小野町長　　　　　　　　　　　印

小野町後期高齢者医療人間ドック等利用券

　小野町後期高齢者医療人間ドック等助成事業実施要綱第６条の規定により、人間ドック等の利用を下記のとおり承認します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 被保険者名 |  |
| 生年月日 | 昭和　　　年　　　月　　　日 |
| 性別 | 男　　・　　女 |
| 検査医療機関 |  |
| 検査日 | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 検査区分 | （　　）人間ドック（１日）（　　）人間ドック（１泊２日）（　　）脳ドック |

　　　　注

１　この利用券は、町と委託契約している検査医療機関以外では使用できません。

　　　　　２　受診の際は、この利用券に被保険者証を添えて検査医療機関の窓口に提出してください。

　　　　　３　検査日以前に後期高齢者医療被保険者資格を喪失した場合は、使用できません。

　　　　　４　特別の事情等により検査日を変更したい場合は、検査医療機関の承認を受けた後、この利用券を町に返還してください。