

令和 年度 伊豆の国市 後期高齢者医療
人間ドック等助成事業 検査機関変更申出

伊豆の国市長 宛

後期高齢者医療人間ドック等助成券交付申請時に指定した検査機関を
下記の通り変更します。

令和 年 月 日

申請者氏名
(受診者との続柄)

受 診 者	被保険者番号						
	ふりがな						
	氏 名						
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女
	住 所 (連絡先)	伊豆の国市		番地			
		(電話番号)			
変 更 前 検査機関	(区分 人間ドック ・ 脳ドック)						
変 更 後 検査機関	(区分 人間ドック ・ 脳ドック)						

※助成券の交付を受けている場合は、その助成券を添付してください。

処理欄

受付番号	システム入力	検査機関	種別		
			人間・脳		
助成券回収	不要・要 (回収日	年	月	日	回収者)
再交付	不要・要 (再交付日	年	月	日)
検査機関連絡	前 令和	年	月	日	
	後 令和	年	月	日	

令和〇〇年度 伊豆の国市後期高齢者医療
人間ドック等助成事業 検査機関変更申出

伊豆の国市長 宛

後期高齢者医療人間ドック等助成券交付申請時に指定した検査機関を
下記の通り変更します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

申請者氏名 伊豆国 太郎
(受診者との続柄 本人)

受 診 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8			
	ふりがな	いずこく たろう			
	氏 名	伊豆国 太郎			
	生年月日	明・大・昭 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	性別	男・女	
	住 所 (連絡先)	伊豆の国市 長岡340 番地 の1 (電話番号 055-948-2905)			
変 更 前 検査機関	〇〇〇〇〇〇病院 (区分 人間ドック ・ 脳ドック)				
変 更 後 検査機関	△△△△△△病院 (区分 人間ドック ・ 脳ドック)				

※助成券の交付を受けている場合は、その助成券を添付してください。

処理欄

受付番号	システム入力	検査機関	種別	
			人間・脳	
助成券回収	不要・要 (回収日	年 月 日	回収者)
再交付	不要・要 (再交付日	年 月 日)
検査機関連絡	前 令和 年 月 日			
	後 令和 年 月 日			