

# 人間ドック利用助成金の変更届出書

年 月 日

大 津 市 長

申請者 住所  
(受診者) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被保険者証番号 \_\_\_\_\_

交付決定を受けている人間ドック利用助成金について、下記の通り変更します。

|            |       |   |                        |
|------------|-------|---|------------------------|
|            | 当初の申請 | ➡ | 変更後<br>(変更箇所のみご記入ください) |
| 種別 (入院・外来) |       |   |                        |
| 医療機関名      |       |   |                        |

予約済みの方は、受診日をご記入ください。 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日