

年 月 日

(宛先) 東海中央病院

東海中央病院日帰り人間ドック助成申請書 (令和8年度)

東海中央病院の日帰り人間ドックの受診にあたり、各務原市の助成について、下記のとおり申請します。

記

1. 申請内容

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
電話番号			
現住所または事業所住所 ※市外在住で市内事業所勤務の方は、事業所名と住所をご記入ください。	〒		

2. 助成の希望 (内容をご確認の上、いずれかに☑を入れてください。)

<input type="checkbox"/> 各務原市人間ドック受診助成 (3,245円) を希望します。
<input type="checkbox"/> 各務原市人間ドック受診助成 (3,245円) を希望しません。

※本助成は、令和8年度 (令和8年4月1日～令和9年3月31日) の受診が対象です。

3. 添付書類

- 運転免許証
- マイナンバーカード
- 各務原市内の事業所に勤務していることが分かる書類
- その他 ()

4. 確認・同意事項 (内容をご確認の上、☑を入れてください。)

- 私は、助成対象者 (各務原市内に住所を有する者、または各務原市内の事業所に勤務する者) であることを誓約します。
- 私は、本助成事業の利用にあたり、各務原市への実績報告のため、私の申請内容について、東海中央病院から各務原市へ提供されることに同意します。
(ご記入いただいた個人情報は、東海中央病院の個人情報保護規程に基づき、適正に管理されます。)