

令和 年 月 日

八街市長 北村 新司 様

申請者 (受検者) 住 所 八街市  
氏 名 印  
生年月日 年 月 日  
性 別 男 ・ 女  
電話番号 - -

八街市人間ドック等助成利用申請書

下記のとおり人間ドック等を受検したいので、八街市国民健康保険人間ドック等助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。

なお、八街市が、人間ドック等の検査結果を取得し、保健事業等に使用することについて、同意します。

記

被保険者番号	記号	56	番号	
医療機関	名称	(所在地 : )		
受検予定日	令和 年 月 日	区分	1. 日帰り 2. 2日	
助成区分	1. 人間ドック 2. 脳ドック 3. 脳ドック併用人間ドック			
※ 特定健康診査の受診(予定)の有無	有 ・ 無			
※ 資格状況				
※ 国保税の納税状況				

※欄は、記入しないでください。