

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 八街●●●番地▲▲

氏 名 八 街 三 郎 印

生年月日 S ●● 年 ● 月 ▲ 日

性 別 男 ・ 女

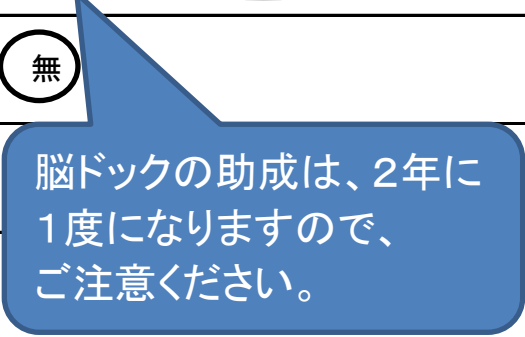
電話番号 043 - ●●● - ▲▲▲▲

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	●●●●●病院 (所在地：八街市●●番地▲)		
受検予定日	令和 ●年 ▲月 ×日	区分	<input checked="" type="radio"/> 1. 日帰り 2. 2日	
助成区分	1. 人間ドック 2. 脳ドック <input checked="" type="radio"/> 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	・	<input checked="" type="radio"/> 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。