

日付は記入しないでください→

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 八街ほ35-29

氏 名 八街 太郎 印

生年月日 S28 年 1 月 1 日

性 別 (男) ・ 女

電話番号 043 - 443 - 1139

日中連絡のできる電話番号

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	12345	枝番	1
医療機関	名称	〇〇クリニック (所在地: 〇〇市〇〇1-1-1)				
受検予定日	令和 〇年 〇月 〇、〇日	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	この欄は、職員が記入します					
※ 国保税の納税状況						

※欄は、記入しないでください。