

令和 年 月 日

四街道市長 様

住 所 四街道市
申請者 氏 名
電話番号 ()

四街道市短期人間ドック受検申請書

下記のとおり短期人間ドックを受検したいので、四街道市国民健康保険短期人間ドック助成事業実施要綱第6条の規定により申請します。

記

被保険者証の記号番号	54-	世帯主	
受検希望者	氏 名		
	生年月日	昭和 年 月 日	(受検日において満 歳)
検査予定	(所在地)		
医療機関	(名 称)		
受検予定年月日	令和 年 月 日 (~令和 年 月 日)		
※資格状況	<input type="checkbox"/> 1年以上継続加入・ <input type="checkbox"/> 年齢		
	<input type="checkbox"/> 特定健康診査未受診 (<input type="checkbox"/> 未発行・ <input type="checkbox"/> 回収済{ <input type="checkbox"/> 詳細なし}・ <input type="checkbox"/> 口頭で確認)		
※国民健康保険税の納税状況	<input type="checkbox"/> 納付済		

※欄は、記入しないでください。

受付印

印(サイン)