様式第１号（第６条）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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） |
| 検査予定医療機関 | （所在地） |
| （名　称） |
| 受検予定年月日 | 令和　　年　　月　　日　　（～令和　　年　　月　　日） |
| ※資格状況 | □１年以上継続加入・□年齢□特定健康診査未受診（□未発行・□回収済{□詳細なし}・□口頭で確認） |
|  ※国民健康保険税の納税状況 | □納付済 |

※欄は、記入しないでください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印（サイン）