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

<table>
<tr><td>被保険者証の記号番号</td><td colspan="2">５４－</td><td>世帯主</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">受検希望者</td><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">昭和　　年　　月　　日　　（受検日において満　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">検査予定医療機関</td><td colspan="4">（所在地）</td></tr>
<tr><td colspan="4">（名　称）</td></tr>
<tr><td>受検予定年月日</td><td colspan="4">令和　　年　　月　　日　　（～令和　　年　　月　　日）</td></tr>
<tr><td>※資格状況</td><td colspan="4">□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）</td></tr>
<tr><td colspan="2">※国民健康保険税の納税状況</td><td colspan="3">□納付済</td></tr>
</table>

※欄は、記入しないでください。

受付印

印（サイン）