様式第１号（第６条）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　年　　月　　日

　四街道市長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 住　　所　四街道市

　　　　　　　 　　　　　 申請者 　氏　　名

　　　　　　　　　　　 電話番号

四街道市後期高齢者医療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、四街道市後期高齢者医療短期人間ドッ

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 |  | 健康診査受診等の有無 | 有・無 |
| 受検希望者 | 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　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 |  |
| ※後期高齢者医療保険料の納付状況 |  |

注１　申請者欄は受検者氏名をご記入ください。

注２　※欄は、記入しないでください。