

網かけ部分を記入してください

(あて先) 酒々井町長

後期高齢者医療被保険者人間ドック事業利用申請書

申請日 年 月 日

住所 酒々井町

利用者 氏名

電話番号

後期高齢者医療被保険者人間ドック事業実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

| | |
|--------------|--|
| 生年月日 (年齢) 性別 | 年 月 日 (歳) <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| 参 考 | <p>【利用状況】 <input type="checkbox"/>はじめて <input type="checkbox"/>はじめてでない</p> <p>【利用予定の検査機関】</p> <p><input type="checkbox"/>成田赤十字病院 <input type="checkbox"/>国際医療福祉大学成田病院</p> <p><input type="checkbox"/>IMS Me-Life クリニック千葉 <input type="checkbox"/>佐倉厚生園病院</p> <p><input type="checkbox"/>新八街総合病院 <input type="checkbox"/>聖隷佐倉市民病院</p> <p><input type="checkbox"/>成田富里徳洲会病院 <input type="checkbox"/>千葉しすい病院</p> <p><input type="checkbox"/>酒々井虎の門クリニック <input type="checkbox"/>ラーバン健診センター</p> <p>【利用予定日】 年 月 日</p> |
| | <p>被保険者証記号</p> <p>番号</p> |
| | <p>事務局使用欄</p> <p>【前回の利用年月日】 年 月 日</p> <p>【保険料の納付状況】 月分 (期分) まで納付済み</p> |