

網かけ部分を記入してください

(あて先) 酒々井町長

酒々井町短期人間ドック利用申請書

申請日 年 月 日

住所 酒々井町

利用者 氏名

電話番号

酒々井町国民健康保険短期人間ドック事業実施要綱第6条の規定により、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>【酒々井町国民健康保険での利用状況】 <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> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 成田赤十字病院</td> <td><input type="checkbox"/> 国際医療福祉大学成田病院</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> IMS Me-Life クリニック千葉</td> <td><input type="checkbox"/> 佐倉厚生園病院</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 新八街総合病院</td> <td><input type="checkbox"/> 聖隷佐倉市民病院</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 成田富里徳洲会病院</td> <td><input type="checkbox"/> 千葉しすい病院</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 酒々井虎の門クリニック</td> <td><input type="checkbox"/> ラーバン健診センター</td> </tr> </table> <p>【利用予定日】 年 月 日</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	<input type="checkbox"/> IMS Me-Life クリニック千葉	<input type="checkbox"/> 佐倉厚生園病院	<input type="checkbox"/> 新八街総合病院	<input type="checkbox"/> 聖隷佐倉市民病院	<input type="checkbox"/> 成田富里徳洲会病院	<input type="checkbox"/> 千葉しすい病院	<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
<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												
<input type="checkbox"/> IMS Me-Life クリニック千葉	<input type="checkbox"/> 佐倉厚生園病院												
<input type="checkbox"/> 新八街総合病院	<input type="checkbox"/> 聖隷佐倉市民病院												
<input type="checkbox"/> 成田富里徳洲会病院	<input type="checkbox"/> 千葉しすい病院												
<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												
事務局使用欄	被保険者証記号	番号	年 月 日										
【国民健康保険加入年月日】		【国民健康保険税の納付状況】 <input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 分納中											