

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 令和 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条の規定により、人間ドック事業を利用したいので次のとおり申請します。

記

生年月日（年齢） 性別	大正・昭和 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"/>IMSMe-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】 令和 年 月 日</p>	
事務局使用欄	被保険者証番号	<p>【前回の利用年月日】 平成・令和 年 月 日</p> <p>【保険料の納付状況】 月分（期分）まで納付済み</p>