

網かけ部分を記入してください

(あて先) 酒々井町長

## 酒々井町国民健康保険短期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 \_\_\_\_\_

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	昭和 年 月 日 ( 歳) <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
参 考	【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
	【利用予定の検査機関】 <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"/> IMSMe-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"/> 千葉しずい病院 <input type="checkbox"/> 酒々井虎の門クリニック
	【利用予定日】 令和 年 月 日
事務局使用欄	被保険者証記号 _____ 番号 _____
	【国民健康保険加入年月日】 昭・平・令 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