

後期高齢者医療被保険者人間ドック事業（利用・助成金）申請書

（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実施要綱（第6条・第5条）の規定により、人間ドック事業（を利用したいので・の助成金を）次のとおり申請します。

申請年月日		平成 年 月 日					
被 保 険 者	氏名				性別	男 女	
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	年齢	歳
	住所	酒々井町			電話		
利用申請		<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> はじめてでない					
予定検査機関		<input type="checkbox"/> 成田赤十字病院 <input type="checkbox"/> 聖隷佐倉市民病院 <input type="checkbox"/> 佐倉厚生園		<input type="checkbox"/> 八街総合病院 <input type="checkbox"/> その他 ()			
種別		1日	1泊2日	通院2日	脳ドック		
利用予定日		平成 年 月 日		～	平成 年 月 日		
被保険者番号							
保険料の納付		★事務局使用欄		<input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 分納中			

振込先	銀行 金庫 組合	本店 支店	預金種別	普通
口座番号	<input type="checkbox"/> 座名義人 (カタカナ) ナ)			