

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 3 年 4 月 1 日

住所 酒々井町 中央台 4-11

利用者 氏名 酒々井 花子

電話番号 (496) 1171

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 16 年 1 月 1 日（ 80 歳） ☐ 男性 ☒ 女性	
参 考	【利用状況】	☒ はじめて ☐ はじめてでない
	【利用予定の検査機関】	☒ 成田赤十字病院 ☐ 佐倉厚生園病院 ☐ 千葉ロイヤルクリニック ☐ 国際医療福祉大学成田病院 ☐ 新八街総合病院 ☐ 聖隷佐倉市民病院 ☐ 成田富里徳洲会病院 ☐ 千葉しすい病院 ☐ その他（ ）
	【利用予定日】	令和 3 年 6 月 1 日
事務局使用欄	被保険者証番号	
	【前回の利用年月日】	平成・令和 年 月 日
	【保険料の納付状況】	月分（期分）まで納付済み