

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 平成 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"/> 佐倉厚生園 <input type="checkbox"/> 八街総合病院 <input type="checkbox"/> 聖隷佐倉市民病院
	【利用予定日】 平成 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】 昭和・平成 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