

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） ☐ 男性 ☐ 女性
参 考	【酒々井町国民健康保険での利用状況】 ☐ 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
	【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】 昭和・平成・令和 年 月 日 【国民健康保険税の納付状況】 ☐ 未納なし ☐ 未納あり ☐ 分納中