

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 26年 10月 1日

住所 酒々井町 中央台4-11

利用者 氏名 酒々井 太郎

電話番号 (496) 1171

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 30年 1月 1日 (59歳) <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 26年 10月 10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		