

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 3 年 6 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 31 年 1 月 1 日（ 65 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 3 年 6 月 1 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			