

様式第1号（第6条）

令和 年 月 日

四街道市長 様

住 所 四街道市
申請者 氏 名
電話番号 ()

四街道市短期人間ドック助成申請書

下記のとおり短期人間ドックの受検に要する費用の助成を受けたいので、四街道市国民健康保険短期人間ドック助成事業実施要綱第6条の規定により申請します。

記

被保険者証 の記号番号	5 4 -	世帯主	
受検希望者	氏 名		
	生年月日	昭和 年 月 日 (受検日において満 歳)	
検 査 予 定	(所在地)		
医 療 機 関	(名 称)		
受 検 予 定 年 月 日	令和 年 月 日 (~令和 年 月 日)		
※資格状況	<input type="checkbox"/> 国保資格・ <input type="checkbox"/> 年齢・ <input type="checkbox"/> 特定健診未受診 (<input type="checkbox"/> 回収済・ <input type="checkbox"/> 口頭で確認)		
※国民健康保険税の納税状況	<input type="checkbox"/> 納付済		

※欄は、記入しないでください。

受付印

受付者