

別記

様式第1号（第5条関係）

御宿町短期人間ドック利用申請書

被保険者証の記号番号	御 第 号
利 用 者 氏 名	男・女
生 年 月 日	年 月 日（満 歳）
個 人 番 号	
世 帯 主 と の 続 柄	
検 査 予 定 年 月 日	年 月 日
検 査 種 別	1 総合的な精密検査のみ受検 2 脳精密検査のみ受検 3 総合的な精密検査と脳精密検査を同時に受検
検 査 医 療 機 関 名	
※ 処 理 欄	番号確認：番号カ・通知カ・住民票・他() 身分確認：(1点)番号カ・免・旅券・他() (2点)通知カ・保・他()
御宿町国民健康保険短期人間ドック助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 御宿町 氏 名 ⑩ 個人番号 電話番号 _____ 御 宿 町 長 あて	

注. この申請書は利用予定日15日前までに提出してください。