

第1号様式(第5条関係)

短期人間ドック利用申請書

(No.)

被保険者記号番号	国保 89- ・ 後期	世帯主名			
フリガナ		男 ・ 女	生年 月日	大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)
利用者氏名					
利用者住所	長南町	電話番号	—		
検査医療機関名					
利用者の希望する日	年 月 日 ~ 日				
人間ドック種別	1 1日ドック(日帰り) 2 2日ドック 3 1泊2日ドック				
検査理由	健康管理のため ・ 毎年受診のため ・ その他()				
<p>長南町国民健康保険短期人間ドック助成事業実施要綱第7条の規定を遵守いたしますので、承認されたく申請いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>長南町長 様</p> <p>住所 長南町</p> <p>氏名</p>					

注 この申請書は、利用希望日2週間前までに提出してください。