

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 年 月 日 平成 (歳)	
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()					
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。							
年 月 日							
長南町長 様							
住 所 長南町							
氏 名							

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。