

別記

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	生 年	年 月 日 (歳)		
利用者氏名			女	月 日			
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					
人 間 ド ッ ク 種 別		1 1 日人間ドック 2 2 日間人間ドック 3 1 泊 2 日人間ドック					
受 検 理 由		健康管理のため・その他 ()					
<p>長南町国民健康保険及び後期高齢者医療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 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下さい。