

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 ・ 女	生年 月日	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			
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()			
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。					
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下さい。