様式第１号（第６条）

　　　　　　　令和　　年　　月　　日

四街道市長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　四街道市短期人間ドック等助成申請書

短期人間ドック等の受検に係る費用の助成を受けたいので、四街道市国民健康保険短期人間ドック等助成事業実施要綱第６条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 受検希望者 | 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和　　年　　月　　日（受検予定日において満　　歳） |
| 受検種別 | □　人間ドック　　□　脳ドック　　□　人間ドック・脳ドック |
| 検査予定医療機関 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 受検予定年月日 | 令和　　年　　月　　日（令和　　年　　月　　日） |
| ※資格状況 | □国保資格・□年齢・特定健診等未受診 |
| ※国民健康保険税の納税状況 | □納付済 |

　　　※欄は、記入しないでください。　　　　　　　　　　　　　　　　　受付印

印（サイン）