第１号様式（第４条関係）

決裁	課　長	補　佐	主幹兼係長	係　長	係	

人間ドック等利用申請書

（No　　）

被保険者証記号番号	与国保 -		利用者の資格取得年月日	年　月　日	
利用する被保険者	氏　名		続　柄		性別
	個人番号				
	生年月日	年　月　日	年　齢	歳	
電話番号	（　） -		希望年月日	令和　年　月　日	
利用医療機関名					
利用ドック（希望するドックに○）	人間ドック　・　脳ドック　・　がんドック				

与論町国民健康保険人間ドック等補助金交付規則を遵守し，上記のとおり利用したいので申請します。

令和　年　月　日

世帯主　住　所

氏　名　　印

個人番号	

与論町長　田畑　克夫　　殿

※保険者記入欄

保険税照会	補助金の交付	年度内の特定健診	ドックの種類	担当者印
・　・　・　・ 完　未　新　納 　　期 納　納　規　内	・　・ 未　交 交　付 付　済	・　・ 受　未 診　受 済　診	・人間ドック（1日・複数日） ・脳ドック ・がんドック	