

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			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	男・女
	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 ・ がんどック						
<p>後期高齢者医療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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>世帯主 住所</p> <p>氏 名</p> <p>個人番号</p> <p>与論町長 田畑 克夫 殿</p>							

※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 納 ・ 未 納 ・ 新 規 ・ 納 期 内	・ 未 交 付 ・ 交 付 済	・ 受 診 済 ・ 未 受 診	・ 人間ドック（1日・複数日） ・ 脳ドック ・ がんどック	