

別 記

第 1 号様式(第 6 条関係)

大多喜町後期高齢者人間ドック経費助成申請書

被 保 険 者 番 号	
資 格 取 得 年 月 日	年 月 日
利 用 者 氏 名	男・女
生 年 月 日	大・昭 年 月 日(満 歳)
電 話 番 号	
利 用 予 定 年 月 日	令和 年 月 日
利 用 医 療 機 関 名	
検 査 種 別	1 短期人間ドック 2 脳ドック 3 短期人間ドックと脳ドックを同時に受診
前 回 利 用 年 月 日	令和 年 月 日
上記のとおり届け出ます。 令和 年 月 日 住 所 大多喜町 氏 名 大多喜町長 様	
備 考	

注

- 1 この届出は、利用予定日の15日前までに提出してください。
- 2 備考欄は、記入しないで下さい。