

別記 第1号様式(第6条関係)

大多喜町国民健康保険人間ドック利用承認申請書

被保険者証の記号番号	90-
資格取得年月日	令和・平成・昭和 年 月 日
資格の種別	一般
利用者氏名	男・女
生年月日	平成・昭和 年 月 日(満 歳)
世帯主との続柄	
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
<p>上記のとおり届け出ます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 大多喜町</p> <p style="text-align: right;">世帯主 氏 名</p> <p>大多喜町長 様</p>	
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、記入しないでください。