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）