

（記入方法）

令和 年 月 日

四街道市長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

① 申請日を記入してください。

② 申請者（受検する人）の情報を
記入してください

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	所 在 地		
医 療 機 関	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		

③ 受検の内容を記入してください

※欄は、記入しないでください。

受付印

印（サイン）