

八千代市短期人間ドック利用申請書

年 月 日

(宛先) 八千代市長

次のとおり申請します。

| | | | | |
|------------------------|------------------|------------|---------|------|
| 被保険者記号・番号 | | (枝番) | 世帯主 | |
| 被保険者番号 | | | 氏名 | |
| 特定健康診査・健康診査 受診券整理番号 | | | | |
| 申 請 者 | フリガナ | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | |
| | 住所 | 八千代市 | | |
| | 電話番号 | | | |
| | 適用開始日 資格取得年月日 | 年 月 日 | | |
| 指定医療機関名 | | | 指定医療機関外 | |
| 検査予定月 | | 年 月 | | |
| 種別 | | 1日 | 2日 | 1泊2日 |

以下の欄は記入しないでください。

| 納付状況 | 今年度受診 | 本人確認 | 利用券交付 | 利用券交付日(発送日) | 受付 |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> 未納無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 窓口 | <input type="checkbox"/> 申請日と同日 | |
| <input type="checkbox"/> 未納有 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 郵送 | <input type="checkbox"/> 年 月 日 | |

| | | | | | |
|--------|-------|--|-----|----|----|
| 決 裁 | 課長 | | 副主幹 | 主査 | 担当 |
| | | | | | |
| | 年 月 日 | | | | |

| | |
|-------|---|
| 公印使用日 | <input type="checkbox"/> 申請日と同日 <input type="checkbox"/> 年 月 日 |
| 承認印 | 専用印 1個 |