

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