

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 被保険者番号	(枝番)		世帯主 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			
検査予定期	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