

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	
被保険者記号			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		性別	男・女
	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	前回の利用年月日	本人確認	利用券交付	利用券交付日（発送日）	受付
未納有	年 月 日	有	窓口	年 月 日	
未納無		無	郵送		

決 裁	課長		副主幹	主査	担当
	年 月 日				

公印使用	年 月 日
承認印	専用 ㊟ 個