

長生村人間ドック等利用申請書

(No.)

保険の種類		<input type="checkbox"/> 国民健康保険		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	
被保険者証 記号番号		世帯主 氏名			
利用者	フリガナ	男・女	生年月日	昭和 年 月 日	
	氏名			(検査時年齢 歳)	
	住所	電話番号			
検査医療機関					
検査予定年月日		令和 年 月 日 及び 令和 年 月 日			
人間ドック種別		<input type="checkbox"/> 人間ドック (<input type="checkbox"/> 1日・ <input type="checkbox"/> 2日・ <input type="checkbox"/> 1泊2日) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 併用ドック <input type="checkbox"/> 追加検査 ※検査項目を記載すること			
脳ドックのみを受診する場合の 特定健診等の状況		特定健診等 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 予定			
<p>長生村国民健康保険人間ドック等助成事業実施要綱第9条第1項の規定を遵守いたしますので、承認されたく申請いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>長生村長 小高陽一様</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>					

※ この申請書は、検査予定日の2週間前までに提出してください。

村確認覧

加入期間 受診年齢 前回受診期間 滞納有無 健診