様式第1号(第5条関係)

睦沢町短期人間ドック利用申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国保被保険者記号・番号又は  後期高齢者医療被保険者番号 | | |  | | | 世帯主名 |  | | |
| 利用者氏名 |  | | | 男・女 | 生年月日 | 平　　 年　　月　　日  昭　　　　　(　　　歳) | | 職業 |  |
| 検査医療機関名 | | |  | | | | | | |
| 利用者の希望する日 | | | 令和　　年　　　月　　　日　～　令和　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 検査種別  (○印) | | 1　1日　　　　　　2　通院2日　　　　　　3　1泊2日 | | | | | | | |
| 追加検査 | | 検査　　　　　　　　　　　　検査  検査　　　　　　　　　　　　検査 | | | | | | | |
| 受検理由 | | 1　健康管理　　　　　　2　その他(　　　　　) | | | | | | | |
| 睦沢町国民健康保険等短期人間ドック利用規則第5条の規定により申請します。  　　睦沢町長　様  　　令和　　年　　月　　日  住 所　　睦沢町　　　　　　　　　　　　　番地  氏 名  電 話　 　　　( 　　) | | | | | | | | | |

注　この申請書は、利用予定日2週間前までに提出してください。

様式第1号1(第5条関係)

睦沢町脳ドック利用申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国保被保険者記号・番号又は  後期高齢者医療被保険者番号 | | |  | | | 世帯主名 |  | | |
| 利用者氏名 |  | | | 男・女 | 生年月日 | 平　 年　 月 　日  昭　　　(　　　歳) | | 職業 |  |
| 検査医療機関名 | | |  | | | | | | |
| 利用者の希望する日 | | | 令和　　年　　　月　　　日　～　令和　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 受検理由 | | 1　健康管理　　　　　　2　その他(　　　　　) | | | | | | | |
| 睦沢町国民健康保険等短期人間ドック利用規則第5条の規定により申請します。  　　睦沢町長　様  　　令和　　年　　月　　日  住 所　　睦沢町　　　　　　　　　　　　　番地  氏 名  電 話　 　　 　( 　　) | | | | | | | | | |

注　この申請書は、利用予定日2週間前までに提出してください。