

御宿町後期高齢者短期人間ドック利用申請書

被 保 険 者 番 号	
利 用 者 氏 名	男・女
生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)
個 人 番 号	
検 査 予 定 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
検 査 種 別	1 総合的な精密検査のみ受検 2 脳精密検査のみ受検 3 総合的な精密検査と脳精密検査を同時に受検
検 査 医 療 機 関 名	
※ 処理欄	番号確認 : 番号カ・通知カ・住民票・他 () 身分確認 : (1点)番号カ・免・旅券・他 () (2点)通知カ・保・他 ()
御宿町後期高齢者短期人間ドック助成事業実施要綱第4条の規定により申請します。 年 月 日 住 所 御宿町 氏 名 (印) 電話番号 _____ 御 宿 町 長 あて	

注 短期人間ドックの利用に当たっては、検査予定日の15日前までに申請して下さい。