

(様式第1号)

外来ドック健診補助金申請書兼外来ドック健診利用申込書

国民健康保険被保険者証記号番号	久		
(ふりがな)	-----		
利用者氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日	男・女	
健診区分	人間ドック	脳ドック	
<p>久御山町国民健康保険外来（半日）人間ドック及び脳ドック総合健康診断補助金交付規則第6条の規定により、上記のとおり申請します。あわせて、受診した指定医療機関から町長あてに、健診成績表の写しが提出されることを承諾します。</p> <p>令和5年 月 日</p> <p>ドック利用者（申請者） 住所 久御山町</p> <p>氏名</p> <p>(電話番号 — — )</p> <p>(あて先) ※ 日中連絡の取れる番号をお願いします。 久御山町長</p>			

久御山町控（以下の欄は記入不要です。）

利用券有効年度	令和 5 年度				
利用券交付日	令和 年 月 日				
利用券交付番号	人間ドック		脳ドック		併用
健診予定月	年 月				