

(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記号番号 | 久 | | |
| (ふりがな) 利用者氏名 | ----- | | |
| 生年月日 | 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 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 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 | | | | |