

様式第 1 号(第 4 条関係)

課 長	課 補	長 佐	主 幹	主 査	主 任	担 当

人間ドック受検申込書

年 度	年 度	受 付 番 号	第 号
被保険者証記号・番号		世帯主氏名	
受 検 者	氏 名	性 別	男・女
	生年月日		
受 検 年 月 日	年 月 日		
指定医療機関名			
町 負 担 額			
<p>鳩山町国民健康保険人間ドック要綱第 4 条第 1 項の規定により申し込みます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>鳩山町長 様</p>			