様式第1号(第4条関係)

課　長	課　長 補　佐	主　幹	主　査	主　任	担　当

人間ドック等受検申込書

年　　度	年度		受付番号	第　　号	
被保険者記号・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					

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。

年　　月　　日

住　所

氏　名

鳩山町長　　宛て