様式第1号(第4条関係)

鳩山町後期高齢者医療人間ドック等受検申込書

年　　度	年度			受付番号	第　　号			
被保険者番号								
受　検　者	(ふりがな) 氏　名				性別	男・女		
	生年月日	年　月　日(　歳)						
受検年月日	年　月　日							
受検者住所					電話			
指定医療機関名								
町負担額	金　　円							

鳩山町後期高齢者医療人間ドック検査料補助金交付要綱第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