

国民健康保険短期人間ドック費用助成利用券申請書

被保険者証記号番号	1 6 -			
受検者	氏名	生年月日	受検予定病院 (決まっている場合のみ)	受検予定日 (決まっている場合のみ)
①		昭和・平成 年 月 日		令和 年 月 日
②		昭和・平成 年 月 日		令和 年 月 日
③		昭和・平成 年 月 日		令和 年 月 日
④		昭和・平成 年 月 日		令和 年 月 日

※上記のとおり国民健康保険短期人間ドック費用助成券を申請します。なお、必要に応じ、検査結果等を市に提供することを了承します。

令和 年 月 日

住所 習志野市

申請者 氏名

電話番号

【市役所使用欄】

	交付年月日	令和 年 月 日	窓口交付 郵送
	有効期限	令和 年 月 日	
作成・交付	助成金額	内科・眼科別	21,500円・3,500円
			26,000円・4,000円
		内科・眼科	25,000円・30,000円

短期人間ドック利用券を交付してよろしいか伺います。

	課長	係長	担当
執行 伺			