様式第1号(第6条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受診承認番号 | 　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(記入の必要はありません。)

国民健康保険人間ドック助成申請書

　南越前町長　　　　　　　　　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 　　　　　年　　　月　　　日　申請 |

　下記のとおり、助成を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 人間ドックの種類 | ＊　一般ドック＊　子宮ガン検診受診　　有　・　無　(女性のみ)＊　乳ガン検診受診　　有　・　無　(女性のみ) |
| ①受診する被保険者名(フリガナ)　　　　　　　　　　　　印　 | ②性別男 ・ 女 | ③生年月日昭和　　 年　　 月　　 日生 |
| ④個人番号 |  |
| ⑤住所(世帯主)南越前町　　　　　　第　　　号　　　番地　　　　　　　(　　　　　　　　　　　　　) | ⑥電話番号　　　　― |
| ⑦被保険者証番号井み　　　― | ⑧受診日時年　　月　　日(　)～年　　月　　日(　)　　午前・午後　　　時～ | ⑨受診する医療機関名 |