

第1号様式

主管課長	課長補佐	係長	係

人間ドック利用申請書

被保険者証 記号番号	和国保 .....	利用者の資格 取得年月日	年 月 日		
世帯主氏名			住所	和泊町	
利用する 被保険者	氏名			主との続柄	男・女
	生年月日	大正 昭和	年 月 日		年齢 歳
電話番号	0997-( )-				
過去の受診回数	回	前回の受診年	平成	年	

和泊町国民健康保険人間ドック利用規則を遵守し、上記のとおり利用したいので申請します。

平成 年 月 日

世帯主 住所 大島郡和泊町

氏名 Ⓜ

和泊町長 伊地知実利殿

振込先 金融機関 \_\_\_\_\_ 名義 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_