

様式第1号(第5条関係)

毛呂山町国民健康保険人間ドック等受検申込書

記号・番号	も	
受検者氏名		
生年月日	年 月 日 (歳)	
世帯主氏名		
医療機関名	<input type="checkbox"/> 埼玉医科大学病院 <input type="checkbox"/> 岡村記念クリニック <input type="checkbox"/> 坂戸中央病院 <input type="checkbox"/> 埼玉成恵会病院	
受検年月日	年 月 日	
人間ドック等の種別	<input type="checkbox"/> 人間ドック(□併せて脳検査を受検) <input type="checkbox"/> 脳ドック	

上記のとおり申請します。

また、人間ドック等の受検結果を医療機関が毛呂山町へ提出すること、毛呂山町が行う保健指導等のために利用すること及び国民健康保険税の納税状況を調査することに同意します。

令和 年 月 日

毛呂山町長 あて

申請者 住所
氏名
電話 ()

毛呂山町記入欄

確認事項	<input type="checkbox"/> 納付状況 <input type="checkbox"/> 健康マイレージ <input type="checkbox"/> 申込 <input type="checkbox"/> ポイント	台帳番号		受付
基本コード		担当		