別記

第1号様式(第4条関係)

国民健康保険短期人間ドック利用助成金交付申請書

<table>
<tr><td>被保険者
記号番号</td><td>23 －</td><td colspan="2">世帯主氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>申請者名
(利用者名)</td><td></td><td>男
・
女</td><td>生年
月日</td><td>昭和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>検査医療機関名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>検査予定年月日</td><td colspan="4">令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>検査種別</td><td colspan="4">1.　1日　　2.　1泊2日　　3.　通院2日</td></tr>
<tr><td>受検理由</td><td colspan="4">1.　健康管理　　2.　その他(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="5">鴨川市国民健康保険短期人間ドック利用助成要綱第4条の規定により上記のとおり申請します。

鴨川市長　　様

令和　　年　　月　　日

申請者(利用者)
住所　　鴨川市

氏名　　印

電話　　(　　)</td></tr>
</table>