

様式第1号（第5条関係）

国民健康保険人間ドック受診申請書			
年 月 日			
加須市長 様			
住 所 加須市			
申請者 氏 名			
電話番号			
加須市国民健康保険被保険者の人間ドックを受診したいので、加須市国民健康保険人間ドック等実施要綱第5条第2項の規定により申請します。			
被保険者証記号番号		受診日	年 月 日
受診医療機関			
受診したい被 保 険 者	氏 名		性 別
	生年月日	年 月 日	年 齢 歳

注 太枠内のみ記入してください。

要件審査	受診票発行日	年 月 日
	受診票発行番号	
受診要件	適 否	備 考
被保険者資格	有 ・ 無	
国民健康保険税	完納 ・ 未納	
特定検診の受診	未済 ・ 済	
審査の結果、受診要件に 適合している 適合していない ので 承認 却下 します		
年 月 日		