

様式第1号（第6条関係）

令和 年度 富岡市国民健康保険人間ドック検診費助成申請書

保険証記号番号	と
住 所	
フリガナ 氏 名	
生 年 月 日	
国保資格年月日	
検 診 方 法	※いずれか1つのみ選択 1 日帰りドック      2 1泊2日ドック      3 脳ドック
検 診 機 関	1 公立富岡総合病院    2 下仁田厚生病院
<p>上記のとおり申請します。 私は検診機関が検診結果を富岡市に送付すること及び富岡市がその内容を国民健康保険事業の保健事業において利用することを同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>富 岡 市 長 様</p> <p>住 所</p> <p>申請者</p> <p>氏 名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p>世帯主 氏 名</p> <p>電話番号</p>	

検 診 予 定 日	令和 年 月 日
-----------	----------