

鳥栖市国民健康保険人間ドック等受診申込書

年 月 日

鳥栖市国民健康保険の人間ドック等の受診を次のとおり申込みます。

なお、国民健康保険事業運営及び特定健康診査の資料として、指定医療機関から市長への健診結果の通知について承諾します。

鳥栖市長 様

郵便番号 _____
 申込者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

被保険者証 記号番号	鳥	世帯主 氏名	
受診者氏名		性別	
生年月日	年 月 日	年齢 (年度末)	歳
ドック種別	人間ドック ・ 脳ドック		
受診医療 機関名	<input type="checkbox"/> 今村病院 <input type="checkbox"/> やよいがおか鹿毛病院 <input type="checkbox"/> 聖マリアヘルスケアセンター <input type="checkbox"/> 新古賀クリニック <input type="checkbox"/> 鳥越脳神経外科クリニック <input type="checkbox"/> 大島病院		

 受診決定伺

決 裁	係	係長	課長補佐	課長	受付年月日	年 月 日
					決定年月日	年 月 日
					決定番号	No.

審 査 欄

審査結果	<input type="checkbox"/> 決定	<input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税の滞納があるため <input type="checkbox"/> 助成対象人員数を越えたため（先着申込順） <input type="checkbox"/> その他
備 考		