

(別紙)

様式第1号(第8条関係)

射水市国民健康保険人間ドック利用申込書

住 所	〒 - 射水市
氏 名	ふりがな
生 年 月 日	S・H 年 月 日(才)
電 話 番 号	(0 7 6 6) -
医療機関名	
コ ー ス	番号 コース名
利 用 日	平成 年 月 日 (事前に病院に予約した日)
保険証記号番号	

射水市長 あて

平成 年 月 日

- * 対象は国民健康保険に加入し、国民健康保険税を完納している方
- * 後日、本人宛に利用承認書を送付します。