

## 美祢市国民健康保険 外来人間ドック利用申込書

年 月 日

美祢市長様

世帯主 住所 美祢市

氏名 (※)

美祢市国民健康保険外来人間ドックを次のとおり利用したいので申し込みます。

利用種別	脳検査日帰りコース
被保険者記号番号	山 1 3 .
利用する被保険者名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
利用施設	<input type="checkbox"/> 美祢市立病院 <input type="checkbox"/> 美祢市立美東病院 <input type="checkbox"/> 医療法人EMS植田救急クリニック

※ 世帯主が手書きをしない場合は、記名押印してください。

決 裁	課 長	班 長	班	発 行	受 理

