

## 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 \_\_\_\_\_

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			
被保険者証記号番号			
利用する被保険者名			
生 年 月 日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
利 用 施 設			

※ 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

--