

どうし人間ドック助成申込書

受診者	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
			年齢	歳
	住所	〒 TEL 山梨県南都留郡道志村		
加入保険	保険種別	国保・協会・組合・共済・後期・他		
	保険者名	※受診者の保険証を持参してください。		
実施機関	医療機関名		子宮がん検診受診の有・無	有・無
	実施日	年 月 日	乳がん検診受診の有・無	有・無
上記のとおりどうし人間ドックの利用を申込みます。				
道志村長 殿				
年 月 日				
氏名				

※委託検査機関外で受診される方のみ記載

振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合	支店名	支店
	口座番号 (普通・当座)		口座名義人	

※住民健康課記載欄(記入しないでください)

チェック	年齢(20歳以上)		社保の被扶養者	
	子宮がん検診受診の有無	有・無	集団健診受診の有無	有・無
	受診結果票の提出の有無	有・無	領収書の提出の有無	有・無
	収納状況確認			
	村民税	固定資産税	国民健康保険料	後期高齢者医療保険料