

第1号様式(第6条)

茂原市後期高齢者医療人間ドック等助成承認申請書

被 保 険 者 番 号					
(フリガナ)		生年月日	M T 年 月 日 S		
利用者名		年 齡	歳	性別	男・女
検 査 医 療 機 関 名					
検 査 予 定 年 月 日		年 月 日 及び 年 月 日			
検 査 種 別	短期人間ドック	1日	通院2日	1泊2日	
	脳ドック	1日	通院2日	1泊2日	
<p>茂原市後期高齢者医療短期人間ドック及び脳ドック助成事業実施要綱第6条の規定により申請します。</p> <p>(宛先) 茂原市長</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(申請者)</p> <p>住 所 <u>茂原市</u></p> <p>氏 名 _____</p> <p>電 話 _____</p>					

	課長	補佐	係長	担当
決 裁				

確 認	<input type="checkbox"/> 保険料納付状況	<input type="checkbox"/> 国保受診者(有・無)
-----	----------------------------------	-------------------------------------

処 理	<input type="checkbox"/> 受付簿入力 (No.)	<input type="checkbox"/> 承認書交付 (/)	<input type="checkbox"/> 受診券発券 (有・無)
-----	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------