

# 健康管理推進事業申請書

受付番号第 号

住 所	松原市				
フリガナ		生 年 月 日	年 齢		
受診者 氏 名		・	・	歳	
被保険者 記号・番号	松国	電話番号	( ) —	続 柄	
健診種別	・ 人間ドック ・ 脳ドック ・ 総合ドック 左記より一つお選びください。				
松原市国民健康保険健康管理推進事業実施要綱の規定を守ることを誓い、上記のとおり申請します。なお、健診結果が健康管理データベース業務において登録されることを承諾します。					
松 原 市 長 様					
令和 年 月 日					
世帯主住所 松原市					
世帯主氏名					

ここからは、記入しないでください。

確認事項	・ 保険料納付状況 （ 完納 ・ 一部未納 ・ 未納 ） ・ 国保資格年数1年以上 ・ 特定健診受診券 （ 回収 ・ 未回収 ）	審査結果
		可・否
備 考		コード
		受 付