第１号様式（第４条関係）

屋久島町国民健康保険人間ドック利用申込書

ＮＯ.＿＿＿＿＿＿

被保険者証記号番号	屋国保		資格取得年月日	年　月　日	
世帯主氏名					
利用する被保険者	氏　名		続　柄		男　・　女
	生年月日	年　月　日			
利用する医療機関	医療機関名				
	医療機関所在地				
	受診予定日	年　月　日			

屋久島町国民健康保険人間ドック利用補助金交付要綱を遵守し、上記のとおり利用したいので申し込みます。

健診結果の情報提供の同意について

「特定健診・特定保健指導」の実施のために、健診結果（特定健康診査項目のみ）の情報を保険者へ提供すること。

私は、上記記載事項に同意いたします。

氏名　　印

年　月　日

住所　屋久島町

氏名　　印

電話（　　－　　）

屋久島町長　　様

※市町村確認欄

住所	加入期間（１年以上）	年齢（30 歳以上）	滞納の有無	前年度の利用	特定健診
有　・　無	可　・　否	可　・　否	無　・　有	無　・　有	未　・　済