

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	
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">健診結果の情報提供の同意について</p> <p>「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。</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> </div> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 屋久島町</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">電話（ — ）</p> <p>屋久島町長 様</p>			

※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