様式第1号

羽曳野市 国民健康保険 人間ドック助成申請書

被保険者証記号番号	被保険者氏名	生年月日	年齢	性別	世帯主との続き柄
羽国	ﾌﾘｶﾞﾅ	昭和 年　月　日 平成	歳	男 女	
住所					
電話番号	―　―　／（携帯）　―　―				
特定健診受診券	※年度末年齢40歳以上の方のみ 有　・　無　（再発行を希望）				

上記のとおり申請します。
また、人間ドック受診時の健診結果を保健指導に活用することを承諾します。

年　月　日

（世帯主）　氏　名

羽曳野市長様

受付番号	―

※ここから下は記入しないで下さい。

調査事項	国民健康保険料の納付状況 完納　・　未納	受付者	受付年月日
	被保険者証交付の経過期間 ６ヶ月以上　・　６ヶ月未満	確認者	
審査結果	可　・　否　（　　）		