様式第１号（第５条関係）

確認欄	市税完納

＊　本庁収納課又は各総合支所市民福祉課で事前に確認印をもらってから当申込書を提出してください。

人　間　ド　ッ　ク　申　込　書

年　　月　　日

秩　父　市　長　様

住　　所
（申請者）氏　　名
電　　話

申　請　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	年　　月　　日生
検診予定機関	□ 小鹿野中央病院　□ 秩父生協病院 □ 秩父病院　□ 藤間病院 □ 皆野病院　□ 藤岡市国民健康保険鬼石病院 □ 秩父第一病院　□ あらいクリニック □ 高橋内科クリニック	
検診予定日	年　　月　　日	
加入保険	名　称	□ 社会保険
	記号番号	
社会保険等による補助	上記申請者については、当組合について下記の理由により人間ドックの検査の補助制度はありません。（該当するものに○を付けてください。） ・　全職員に対して補助制度はない。 ・　補助対象の年齢（　　歳）に該当しない。 ・　扶養者（配偶者・家族）への補助制度はない。 ・　その他 （理由　　） 年　　月　　日 所属長職 氏　名　　㊞	