

(WEB)

小城市国民健康保険 人間ドック助成申込書

被保険者番号	受診者名	+生年月日	受診希望	通知方法	※メールアドレス
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> メール	
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> メール	

※メールでの通知を希望される方はメールアドレスを記入してください。

住 所	〒	電話番号	※日中連絡のつく番号を記入してください。
	小城市 町		

取得した個人情報は、申請者との連絡のためだけに使用し、ほかに使用することはありません。