様式第１号（第６条関係）

国保税 納入状況	５年度	
	６年度	

魚津市国民健康保険

生活習慣病ドック利用申込書兼同意書

被保険者記号番号	
（ふりがな） 申　込　者　名	
生　年　月　日	昭和 平成　　年　　月　　日
実施医療機関名	浦田クリニック　・　富山労災病院
受　検　希　望　月	令和　　年　　月

上記のとおり生活習慣病ドックを利用したく申し込みます。
また、私の世帯の国民健康保険税の納付状況について確認すること及び申込者の検査結果並びに精密検査の結果について、実施医療機関が魚津市に情報提供することに同意します。

令和　　年　　月　　日

世帯主 住所　魚津市

氏名

（ＴＥＬ　　―　　）

魚　津　市　長　宛

※ 承認番号　第　　号	※ 承認年月日　　年　　月　　日

※印は申込者で記入しないでください。