

令和 年度 伊豆の国市国民健康保険
人間ドック等助成券交付申請取下げ書

伊豆の国市長 宛

令和 年度国民健康保険人間ドック等助成券交付申請を取下げます。
申請取下げにつき、交付を受けました助成券を返還します。

令和 年 月 日

申請者氏名.....
(受診者との続柄)

受 診 者	記号番号						
	ふりがな						
	氏 名						
	生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男・女
	住 所 (連絡先)	伊豆の国市		番地			
申請取下げの理由		(電話番号)					

※助成券の交付を受けている場合は、その助成券を添付してください。

処理欄

申 請 状 況 確 認			
受付番号	検査機関	種別	
		人間・脳	
助成券回収日	令和 年 月 日	券回収者	

(記載例)

令和〇〇年度 伊豆の国市国民健康保険
人間ドック等助成券交付申請取下げ書

伊豆の国市長 宛

令和〇〇年度国民健康保険人間ドック等助成券交付申請を取下げます。
申請取下げにつき、交付を受けました助成券を返還します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

申請者氏名 伊豆国 花子
(受診者との続柄 本人)

受 診 者	記号番号	1234567		
	ふりがな	いずこく はなこ		
	氏名	伊豆国 花子		
	生年月日	昭・平 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	性別	男・女
	住所 (連絡先)	伊豆の国市 長岡340 番地 の1 (電話番号 055-948-2905)		
申請取下げの理由	・都合により日程が合わないため。 ・治療が必要になったため。 など			

※助成券の交付を受けている場合は、その助成券を添付してください。

処理欄

申請状況確認			
受付番号	検査機関	種別	
		人間・脳	
助成券回収日	令和 年 月 日	券回収者	