

令和 年度 伊豆の国市 後期高齢者医療
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 年度後期高齢者医療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	被保険者番号						
	ふりがな						
	氏 名						
	生年月日	明・大・昭	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	

令和〇〇年度 伊豆の国市後期高齢者医療
人間ドック等助成券交付申請取下げ書

伊豆の国市長 宛

令和〇〇年度後期高齢者医療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 太郎
(受診者との続柄 本人)

受 診 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8			
	ふりがな	いずこく たろう			
	氏 名	伊豆国 太郎			
	生年月日	明・大・ <u>昭</u> 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	性別	<u>男</u> ・ 女	
	住 所 (連絡先)	伊豆の国市 <u>長岡340</u> 番地 <u>の1</u> (電話番号 <u>055-948-2905</u>)			
申請取下げの理由	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				

※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	