

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

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。

年 月 日

申請者氏名.....印
(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 (電話番号)					
申請取下げの理由							

※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	年 月 日	券回収者	

(記載例)

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

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。

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

申請者氏名 伊豆国 花子 印
(受診者との続柄 本人)

受 診 者	記号番号	1 2 3 4 5 6 7		
	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	年 月 日	券回収者	