

年度 伊豆の国市国民健康保険
人間ドック等助成事業 検査機関変更申出

伊豆の国市長 宛

国民健康保険人間ドック等助成券交付申請時に指定した検査機関を
下記の通り変更します。

年 月 日

申請者氏名 ⑩
(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)					
変 更 前 検査機関	(区分 人間ドック ・ 脳ドック)						
変 更 後 検査機関	(区分 人間ドック ・ 脳ドック)						

※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

受付番号	システム入力	検査機関	種別	
助成券回収	不要・要 (回収日	年 月 日	回収者)
再交付	不要・要 (再交付日	年 月 日)
検査機関連絡	前	年 月 日		
	後	年 月 日		

〇〇年度 伊豆の国市国民健康保険
人間ドック等助成事業 検査機関変更申出

伊豆の国市長 宛

国民健康保険人間ドック等助成券交付申請時に指定した検査機関を
下記の通り変更します。

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	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)		
変更前 検査機関	〇〇〇〇〇〇〇〇 (区分 人間ドック ・ 脳ドック)			
変更後 検査機関	△△△△△△△△△ (区分 人間ドック ・ 脳ドック)			

※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

受付番号	システム入力	検査機関	種別	
助成券回収	不要・要 (回収日	年 月 日	回収者)
再交付	不要・要 (再交付日	年 月 日)
検査機関連絡	前	年 月 日		
	後	年 月 日		