様式第２号

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　様

小野町長　　　　　　　　　　　印

小野町人間ドック利用券

　小野町国民健康保険人間ドック助成事業実施要綱第６条の規定により、人間ドックの利用を下記のとおり承認します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | | 島７３　　　　　－ |
| 受検者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日（年齢） | 昭和　　年　　月　　日（　　　　歳） |
| 性別 | 男　　・　　女 |
| 検査医療機関 | |  |
| 有効期間 | | 年　　月　　日から  　　　　年　　月　　日まで |
| 検査区分 | | ・１日　　　（　　　）  ・１泊２日　（　　　） |

　　　　　注

１　この利用券は、町と委託契約している検査医療機関以外では使用できません。

　　　　　　２　受診の際は、この利用券に被保険者証を添えて検査医療機関の窓口に提出してください。

　　　　　　３　検査実施日以前に、他の健康保険に加入し、又は転出し、小野町国民健康保険を脱退した場合は、使用できません。

　　　　　　４　特別の事情等により検査日を変更したい場合は、検査医療機関の承認を受けた後、この利用券を町に返還してください。