

様式第1号(第5条関係)

確認欄	市税完納

＊ 納税課又は各総合支所市民福祉課で
事前に確認印をもらってから当申込書を提出してください。

人 間 ド ッ ク 申 込 書

年 月 日

秩 父 市 長 様

住 所
(申請者) 氏 名
電 話
生年月日

年 月 日

検 診 予 定 機 関		
検 診 予 定 日		年 月 日
加 入 保 険	名 称	☐ 社会保険
	記号番号	
社会 保 険 等 に よ る 補 助	上記申請者については、当組合について下記の理由により人間ドックの検査の補助制度はありません。(該当するものに○を付けてください。)	
	・ 全職員に対して補助制度はない。 ・ 補助対象の年齢(歳)に該当しない。 ・ 扶養者(配偶者・家族)への補助制度はない。 ・ その他 (理由) 年 月 日 所属長職 氏 名	