

別記第1号様式

人間ドック受検申請書(国保)

令和 ○年 ○月 ○日

(あて先)成田市長

住 所 成田市花崎町760番地

申請者 氏 名 成田 花子

電話番号 090 (○○○○)1234

人間ドックを受検したいので下記のとおり申請します。

記

| | | |
|------------------------------|--|---------------------------------------|
| 被保険者証の記号番号 | 保険証の番号を記入 | |
| 生 年 月 日 | ○年○月○日(受検予定日において ○○歳) | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 |
| 検 査 種 別 (該当種別を○で囲んでください。) | ・ <input checked="" type="radio"/> 1日人間ドック ・2日人間ドック(通院) ・1泊2日人間ドック(宿泊) ・その他人間ドック() | |
| 脳 ド ッ ク | <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 | |
| オ プ シ ョ ン 検 査 | <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 (胃カメラ) | |
| 指定検査医療機関名 | ○○病院 | |
| 受 検 予 定 日 | ○年 ○月 ○日 ~ 年 月 日 | |
| 前 回 受 検 日 | 人間ドック | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| | 脳ドック | 年 月 日 ~ 年 月 日 |

保健事業に活用するために成田市が医療機関より人間ドックの検査結果及び質問票を取得することに同意します。

署名 成田 花子 (←申請者の名前を書く)

| ※健康診査 | ※納税状況 | ※資格状況 | ※コース | ※自己負担 | ※保険者 | ※費用額 | ※整理番号 |
|-------|-------|-------|------|-------|------|------|-------|
| | | | | | | | |

※ 欄は、記入しないでください。