

別記第1号様式

人間ドック受検申請書(後期高齢者医療)

令和 年 月 日

(あて先)成田市長

〒

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話番号 _____ () _____

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 番 号			
生 年 月 日	年 月 日(受検予定日において 歳)	男・女	
検 査 種 別 (該当種別を○で囲んでください。)	・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	有 ・ 無		
オ プ シ ョ ン 検 査	有 ・ 無 ()		
指 定 検 査 医 療 機 関 名			
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 _____

※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。