

別記第1号様式

人間ドック受検申請書(国保)

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

被保険者記号番号		
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
	脳ドック	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。