

様式第 1 号（第 4 条、第 5 条関係）

（国民健康保険被保険者用）

人間ドック等受診申請書

被保険者証 記号・番号	日 置			
受診しよう とする者	氏 名		世 帯 主 と の 続 柄	
	生 年 月 日	年 月 日	年 齢 (年度末)	歳
受診しよう とする医療 機関等	名 称			
	所 在 地			
人間ドック 等の種類等	種 類	☐ 人間ドック ☐ 脳ドック ☐ 節目ドック（ ☐ 人間ドック ☐ 脳ドック ☐ がんドック）		
	受診予定日	年 月 日		
上記のとおり人間ドック等の受診について申請します。 なお、検査結果を市へ情報提供し、保健指導を受けることに同意します。 年 月 日 申請者（世帯主） 住 所 _____ 氏 名 _____ 電 話 _____ 日置市長 様				

(後期高齢者医療保険被保険者用)

人間ドック等受診申請書

被保険者番号				
受診しようとする者	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	年 齢 (年度末)	歳
受診しようとする医療機関等	名 称			
	所 在 地			
人間ドック等の種類等	種 類	☐ 人間ドック ☐ 脳ドック ☐ 節目ドック (☐ 人間ドック ☐ 脳ドック ☐ がんドック)		
	受診予定日	年 月 日		
上記のとおり人間ドック等の受診について申請します。 なお、検査結果を市へ情報提供し、保健指導を受けることに同意します。 年 月 日 申請者 住 所 _____ 氏 名 _____ 電 話 _____ 日置市長 様				