

様式第1号(第5条関係)

歯科健康診査利用申込書

申 込 者	氏 名	(フリガナ)		男 女
	生 年 月 日	昭和	年 月 日	当 該 年 度 未 年 齡
	被保険者記号・番号			
	当 該 年 度 末 時 点 加 入 保 険	国民健康保険		
利 用 希 望 年 月 日	第1希望	令和	年 月 日	
	第2希望	令和	年 月 日	
	第3希望	令和	年 月 日	
医 療 機 関 名				
<p>上記により歯科健康診査の利用を申し込みます。 あわせて、受診した指定医療機関から市長あてに、健診成績表の写しが提出されることを承諾します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>京丹後市長 様</p> <p style="text-align: center;">申込者 (〒 -) 住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">(電話 - -)</p>				

※短期総合機能検査（人間ドック・節目ドック・脳ドック）と同じ日に同じ医療機関での受診に限ります。短期総合機能検査事業利用申込書と併せて提出願います。