

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 末 年 齢	歳
	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						
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。 令和 年 月 日 京丹後市長 様 申込者 (〒 ー) 住所 氏名 (電話 ー ー)						

※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。