

短期総合機能検査事業利用申込書

いずれかに○↓

申 込 者	(フリガナ)								男
	氏 名								女
	生年月日	昭和	年	月	日	当該年度末年齢	歳		
	被保険者番号	○							
	当該年度末時点加入保険	後期高齢者医療保険							
総合検診の受検の状況 (いずれかにチェック☑を入れて下さい)		☐ 受診した							
		☐ 受診しない							
		☐ 全ての総合検診を受診する予定（申込みしたので市でキャンセル希望）							
		☐ がん検診のみ受診する予定（申込みしたので市でキャンセル希望）							
希望する短期総合機能検査事業の区分（人間ドック）		胃の検査 (希望する項目にチェック☑)			オプション (希望する項目にチェック☑)				
					☐ なし				
		☐ なし			☐ 乳がん検査マンモ1方向				
		☐ 透視			☐ 乳がん検査マンモ2方向				
		☐ カメラ(経口)			☐ 乳がん検査エコー				
		☐ カメラ(経鼻)			☐ 子宮頸がん検査				
		☐ その他 ()			☐ 前立腺がん検査				
利用希望 年月日		第1希望	令和	年	月	日	その他の希望		
		第2希望	令和	年	月	日			
		第3希望	令和	年	月	日			
医療機関名 (いずれかにチェック☑を入れて下さい)		☐ 弥栄病院			☐ 京都府立医科大学附属北部医療センター				
		☐ 久美浜病院			☐ 京都予防医学センター				
		☐ 丹後中央病院			☐ 御池クリニック				
		☐ 丹後ふるさと病院			☐ 御池クリニックレディースプラザ				
上記により短期総合機能検査事業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)									