

様式第1号(第5条関係)

短期総合機能検査事業利用申込書

申 込 者	氏 名	(フリガナ)		男 女		
	生 年 月 日	年	月	日	当 該 年 度 未 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				
総合検診の受検の状況	ア 受診した イ 受診しない ウ 全ての総合検診を受診する予定(申込みした) エ がん検診のみ受診する予定(申込みした)					
希望する短期総合機能 検査事業の区分	1 節目ドック	胃の検査	オプション			
	2 人間ドック	・透視 ・カメラ (経口・経鼻)	・乳がん検査(エコー・マンモ) ・子宮頸がん検査 ・前立腺がん検査 ・聴力検査 ・その他()			
	3 脳ドック					
利用希望年月日	年	月	日			
医療機関名						
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。						
京丹後市長	様	年 月 日				
	申込者					
	(〒 -)					
	住所					
	氏名					
	(電話 - -)					