

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	
	被保険者記号・番号	丹						
	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 (いずれかにチェック☑を入れて下さい)		<input type="checkbox"/> 受診した <input type="checkbox"/> 受診しない <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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	ドックの種類 (希望する項目にチェック☑)	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☑)			
	<input type="checkbox"/> 節目ドック	<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 透視			<input type="checkbox"/> 乳がん検査マンモ1方向			
	<input type="checkbox"/> 脳ドック	<input type="checkbox"/> カメラ(経口)			<input type="checkbox"/> 乳がん検査マンモ2方向			
	(脳ドックは、胃検査とオプションの選択は不要)	<input type="checkbox"/> カメラ(経鼻)			<input type="checkbox"/> 乳がん検査 エコー			
	<input type="checkbox"/> その他 []			<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査				
	<input type="checkbox"/> その他 []			<input type="checkbox"/> 前立腺がん検査				
	<input type="checkbox"/> その他 []			<input type="checkbox"/> 聴力検査				
	<input type="checkbox"/> その他 []			<input type="checkbox"/> その他 []				
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)		<input type="checkbox"/> 弥栄病院			<input type="checkbox"/> 京都府立医科大学附属北部医療センター			
		<input type="checkbox"/> 久美浜病院			<input type="checkbox"/> 京都予防医学センター			
		<input type="checkbox"/> 丹後中央病院			<input type="checkbox"/> 御池クリニック			
		<input type="checkbox"/> 丹後ふるさと病院			<input type="checkbox"/> 御池クリニックレディースプラザ			
<p>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。</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 〒 _____</p> <p style="text-align: center;">住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">(電話 _____)</p>								