

別記様式

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 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	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 (人間ドック)	胃の検査  ・透視  ・カメラ (経口・経鼻)	オプション  ・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（                      ）				
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				
	申請者 (〒                      )					
	住所					
	氏名					
		(電話                      -                      -                      )				