

様式第1号(第5条関係)

受付年月日	・ ・	決 裁 処 理	1 承認する (利用決定日 ・ ・ )	決 裁	課長	課長補佐	係
整理番号	第503号		2 承認しない (理由)				
資格等審査 の適否	取得 適 ・ 否						
	※当該年度末 国保・後期						

※上記欄には記入しないでください。

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	世帯主との 続柄
	生年月日	昭和 年 月 日		当該年度末 年齢
	被保険者(証)番号	※申込み時点		
	当該年度末時点 加入保険	国民健康保険 ・ 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	1 節目ドック 婦人科 (有(エコー・マンモ)・無) 胃 (透視・カメラ) 丹中のみ 経口・経鼻			
※希望する区分に○をしてください。	2 人間ドック 婦人科 (有(エコー・マンモ)・無) 胃 (透視・カメラ) 丹中のみ 経口・経鼻			
	3 脳ドック			
	【オプション】 歯科検診(丹後ふるさと病院・久美浜病院)			
利用希望年月日	令和 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			令和 年 月 日	
新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、 ・マスクを持参し、必ず着用してください。 ・感染症拡大等により、ドックが中断・中止となり、受検できない場合があります。 ・その他、医療機関の指示に従ってください。 以上を承諾のうえ、申請してください。		申請者(国民健康保険被保険者の場合は世帯主・後期は本人) (〒 - ) 住所 京丹後市 氏名 (印) (電話 - - )		