

様式第1号（第4条、第5条関係）

（国民健康保険被保険者用）

人間ドック等受診申請書

被保険者証 記号・番号	日置		
受診しよう とする者	氏名		世帯主と の続柄
	生年月日	年 月 日	年齢 (年度末) 歳
受診しよう とする医療 機関等	名称		
	所在地		
人間ドック 等の種類等	種類	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 節目ドック（ <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> がんドック）	
	受診予定日	年 月 日	
<p>上記のとおり人間ドック等の受診について申請します。</p> <p>なお、検査結果を市へ情報提供し、保健指導を受けることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者（世帯主） 住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>電話 _____</p> <p>日置市長 様</p>			