

様式第 1 号(第 5 条関係)

袖ヶ浦市高齢者短期人間ドック利用申請書

令和 年 月 日

袖ヶ浦市長 粕谷 智浩 様

申請者 住 所
氏 名
電 話

袖ヶ浦市高齢者短期人間ドック助成事業実施要綱第 5 条の規定により、短期人間ドックを受診したいので下記のとおり申請します。
なお、短期人間ドックの利用に当たり、検査結果報告書の写しを医療機関から袖ヶ浦市へ直接提供することに同意します。

記

被保険者証番号	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
受検者	個 人 番 号	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
	氏 名								
	生 年 月 日	大正・昭和		年		月		日	
	性 別	男 ・ 女		年 齢		歳			
希望する医療機関									
希望する検査日	年 月 日から 年 月 日まで								
同年度の後期高齢者健康診査受診の有無	1 受診する (した) 2 受診しない(していない) ※どちらか番号に○をつけてください。								

＊調 査 事 項	前回受検日 年 月 日
	後期高齢者医療保険料支払状況 済・未
	医療機関受診状況
	亀田病院確認状況 鴨川・幕張