

# 人間ドック利用申請書

(後期高齢者医療被保険者用)

|  |        |      |       |      |     |   |   |   |      |  |
|--|--------|------|-------|------|-----|---|---|---|------|--|
| (ふりがな)<br>利用者氏名  | 被保険者番号 |      |       |      |     |   |   |   |      |  |
|  | 男女     | 生年月日 | 大正・昭和 |      | 年   | 月 | 日 |   |      |  |
| 利用者の住所   | 大網白里市  |      | ☎     |      | ( ) |   |   |   |      |  |
| 検査医療機関   |        |      |       |      |     |   |   |   |      |  |
| 利用者が受検を希望する日   | 年      |      | 月     | 日( ) | ～   |   | 年 | 月 | 日( ) |  |
| 受検理由   |        |      |       |      |     |   |   |   |      |  |
| <p>大網白里市後期高齢者医療人間ドック利用規則第5条第3項の規定を遵守いたしますので、承認されたく申請いたします。</p> <p>なお、人間ドックの結果について検査機関が市長に提供すること及び市長が後期高齢者医療広域連合に報告することについて同意いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>大網白里市長 金坂 昌典 様</p> <p>(被保険者) 住所 大網白里市</p> <p>氏名</p> <p>電話 ( )</p> |        |      |       |      |     |   |   |   |      |  |

※ この申請書は、利用希望日の10日前までに提出して下さい。