

人間ドック利用申請書

| | | | |
|---|--------------------------------------|--------|-------------------------|
| 被保険者番号 | 〇〇〇〇〇〇 (6桁) | | |
| (ふりがな) 利用者氏名 | おおあみ 大網 マリン | 男 女 | 生年 月日 2014年12月 1日 |
| 利用者の住所 | 大網白里市 大網115番地2 ☎ 0475 (72)0334 | | |
| 検査医療機関 | 大網白里メディカルセンター | | |
| 利用者が受検を 希望する日 | 2024年 6月24日(月) ~ 年 月 日() | | |
| 受検理由 | 健康管理のため | | |
| <p>私は、次に掲げる事項について同意するため、承認されたく申請します。</p> <ol style="list-style-type: none">人間ドックの結果を検査医療機関が市長に提供すること。検査医療機関から提供を受けた人間ドックの結果を市長が社会保険診療報酬支払基金に報告すること。人間ドックの結果により、高齢者の医療の確保に関する法律第24条の規定による特定保健指導の実施を外部に委託する場合に、市長がその受託者に検査結果等の個人情報を提供すること。大網白里市国民健康保険人間ドック利用規則第5条第3項各号の規定を遵守すること。 <p>2024年 4月 1日</p> <p>大網白里市長 様</p> <p>住所 大網白里市大網115番地2 氏名 大網 マリン 電話 0475 (70) 0334</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。