様式第１号（第４条関係）

短期人間ドック利用申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  | | |
| 資格取得年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| フリガナ  利用者氏名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 医療機関名 | |  | | |
| 利用年月日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 上記により短期人間ドックの利用を申し込みます。  あわせて、記載項目を公簿により確認されること及び利用医療機関から町長あてに、健診成績表の写しが提出されることを承諾します。  年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒  　住　所　与謝野町字  氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  与謝野町長　　様 | | | | |
| 承認　・　不承認 | | | 利用年月日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本健診のコース | 胃の検査  ・胃カメラ  （口・鼻）  ・バリウム | 利用するオプション科目 |