

令和 5 年度 我孫子市国民健康保険短期人間ドック利用申請書

我孫子市長あて

短期人間ドックを受診したいので、本年度中に特定健康診査及び市が費用を助成する健康診査を受診しないことに同意し、次のとおり申請します。

被保険者証の記号番号	我 ー	
受診者氏名		
生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
住 所		
電 話 番 号	() ー	
世 帯 主 氏 名		
希望実施医療機関 (右の中から選択し、番号に ○を付けてください)	1 我孫子聖仁会病院	7 天王台消化器病院
	2 一瀬医院	8 東葛辻仲病院
	3 我孫子東邦病院	9 長田内科胃腸科
	4 石橋クリニック	10 名戸ヶ谷あびこ病院
	5 小倉外科内科	11 平和台病院
	6 高野山胃腸科内科	

※ この申請書に記入された個人情報、受診者管理のため、希望実施医療機関に提供します。医療機関から受診の御案内等が届く場合がありますので御了承ください。

記入見本

窓口に申請をする日付をご記入ください。
(郵送時はポストに投函する日付)

様式第1号 (第5条関係)

令和5年 月 日

令和5年度 我孫子市国民健康保険短期人間ドック利用申請書

我孫子市長あて

枠内を全てご記入ください。

短期人間ドックを受診したいので、本年度中に特定健康診査及び市が費用を助成する健康診査を受診しないことに同意し、次のとおり申請します。

被保険者証の記号番号	我 × - ×××××××××			
受診者氏名	我孫子 花子			
生年月日	昭和 ×× 年 × 月 × 日 (×× 歳)			
住所	我孫子市我孫子1858番地			
電話番号	(××) ×××× - ××××			
世帯主氏名	我孫子 太郎			
希望実施医療機関 (右の中から選択し、番号に○を付けてください)	1	我孫子聖仁会病院	7	天王台消化器病院
	2	一瀬医院	8	東葛辻仲病院
	3	我孫子東邦病院	9	長田内科胃腸科
	4	石橋クリニック	10	名戸ヶ谷あびこ病院
	5	小倉外科内科	11	平和台病院
	6	高野山胃腸科内科		

ご希望の医療機関の番号に○を付けてください。

※ この申請書に記入された個人情報は、受診者管理のため、希望実施医療機関に提供します。医療機関から受診の御案内等が届く場合がありますので御了承ください。