

人間ドック利用申込書

令和 年 月 日

鹿屋市長 郷原 拓男 様

申請者 住 所 鹿屋市 _____

(受診者) 氏 名 _____ (戸籍上の性別: 男・女)

電話番号 _____

生年月日 T・S 年 月 日 (歳)

被保険者番号 _____

鹿屋市後期高齢者医療人間ドックを利用したいので、次のとおり申し込みます。

なお、申請にあたり、データ分析に使用するために検査結果のデータを提供することを承諾します。

受診内容

ドックの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 一般ドック ・ 脳ドック ・ がんドック
希望医療機関	
希望月	月
オプション検査	・ 肝炎ウイルス検査 ・ 前立腺がん検査（男性のみ） ※オプションを希望する場合は、検査名に○
利用期間	令和8年7月1日から令和9年3月31日まで

※市記載欄：前年度後期高齢者医療保険料納付状況確認済

記載例（後期）

第1号様式（第3条関係）

No. A 1 001

人間ドック利用申込書

令和 8年 4月 22日

鹿屋市長 郷原 拓男 様

申請者住所 鹿屋市共栄町20番1号

(受診者) 氏名 輝北 太郎 (戸籍上の性別: 男・女)

代理申込の場合 → 氏名の下に「代理 妻」など鉛筆書き

電話番号 0994-43-2111

生年月日 T・S 25年 4月 1日 (76歳)

被保険証番号 00654321

鹿屋市後期高齢者医療人間ドックを利用したいので、次のとおり申し込みます。
なお、申請にあたり、データ分析に使用するために検査結果のデータを提供することを承諾します。

受診を希望するドックを一つ選び○をしてください。

ドックの種類	<u>一般ドック</u> ・ 脳ドック ・ がんドック
希望医療機関	<u>〇〇病院</u>
希望月	<u>10</u> 月
オプション検査	<u>・ 肝炎ウイルス検査</u> ・ <u>・ 前立腺がん検査 (男性のみ)</u>
利用期間	令和8年7月1日から令和9年3月31日まで

オプション検査を希望する方は、希望する検査に○をしてください。
(一般ドックを希望する方のみ)

※ 市記載欄：前年度後期高齢者医療保険料納付状況確認済