

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 | 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 | |
| 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. _____

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 | 一般ドック <input checked="" type="radio"/> 脳ドック <input type="radio"/> がんドック |
| 希望医療機関 | 〇〇病院 |
| 希望月 | 10月 |
| オプション検査 | |
| 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