

第1号様式（第3条関係）

No. \_\_\_\_\_

人間ドック利用申込書

令和 年 月 日

鹿屋市長 中西 茂 様

申請者 住 所 鹿屋市 \_\_\_\_\_

(受診者) 氏 名 \_\_\_\_\_ (男・女)

電話番号 \_\_\_\_\_

生年月日 T・S 年 月 日 ( 歳)

被保険証番号 \_\_\_\_\_

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6年7月1日から令和7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

人間ドック利用申込書

**記載例**

令和 6年 4月 23日

鹿屋市長 中西 茂 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 (男・女)

電話番号 0994-43-2111

生年月日 T・S 24年 4月 1日 (75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。

受診内容

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5年7月1日から令和6年3月31日まで