

神栖市長 様

申込者 住所 神栖市  
(受診者) 氏名

人間ドック等健康診査申込書

神栖市人間ドック等健康診査費用助成実施要項第6条の規定に基づき、次のとおり申し込みます。

また、申込みに必要な事項として、私及び私の世帯員に関する「住民登録」及び「市税等納入状況」について、当該助成事業の所管職員が確認することに同意します。併せて健診結果等について健診機関から神栖市へ情報の提供を行うことに同意するとともに、健診後の測定値によっては、市の行う保健指導を受けることを承諾いたします。

記

受付番号：

受診の種類	総合ドック ・ 人間ドック			
被保険者番号		世帯主氏名		
受診希望者	住所	神栖市		
	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年 月 日	年齢	歳
	電話番号			
	治療中の傷病	脳疾患治療あり ・ 脳疾患治療なし		
	前回の受診	2024年度総合ドック助成あり・2024年度総合ドック助成なし 2025年度総合ドック助成あり・2025年度総合ドック助成なし		