

令和〇年 〇月〇〇日

神栖市長 石田 進 様

受診者本人の氏名をご記入ください。
 （本人記入・委任状があれば本人以外でも記入可）

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

どちらかを選んで○をしてください。

受付番号：

受診の種類	<input checked="" type="radio"/> 総合ドック ・ <input type="radio"/> 人間ドック			
被保険者番号	01012345	世帯主氏名	神栖 太郎	
受診希望者	住所	神栖市溝口4991-5		
	フリガナ	カミス ハナコ	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
	氏名	神栖 花子		
	生年月日	S19年 4月 15日	年齢	77歳
	電話番号	090-1111-2222		
	治療中の傷病	脳疾患治療あり ・ <input checked="" type="radio"/> 脳疾患治療なし		
	前回の受診	2021年度総合ドック助成あり <input type="radio"/> 2021年度総合ドック助成なし <input checked="" type="radio"/> 2022年度総合ドック助成あり <input type="radio"/> 2022年度総合ドック助成なし <input checked="" type="radio"/>		

携帯電話をなるべく書いてください
 どちらかを選び、○をしてください。

※年齢は、申請日における満年齢を記入してください。