

神栖市長 木内 敏之 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、次のとおり申し込めます。

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	総合ドック <input checked="" type="radio"/> ・ 人間ドック <input type="radio"/>			
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	S50年 4月 15日	年齢	51歳
	電話番号	0299-90-1111		
	治療中の傷病	脳疾患治療あり <input type="radio"/> 脳疾患治療なし <input checked="" type="radio"/>		
前回の受診	2024年度総合ドック助成あり <input checked="" type="radio"/> 2024年度総合ドック助成なし <input type="radio"/> 2025年度総合ドック助成あり <input checked="" type="radio"/> 2025年度総合ドック助成なし <input type="radio"/>			

どちらかを選び、○をしてください。