様式第１号（第５条関係）

人間ドック受診申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  記号・番号 |  | | |
| 世帯主氏名 |  | | |
| 受診者氏名 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 住所 | 南伊豆町  　　　　　　　　　　　　　　（電話） | | |
| 受診予定  医療機関名 |  | | |
| 追加検査の有無（頭部MRI・MRA) | 有　　・　　無 | | |
| 受診予定日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 私の人間ドック受診結果を、南伊豆町が行う保健事業のために利用することに同意します。 | | | |

上記のとおり申請します。

年　月　日

南伊豆町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 助成券発行 | 年　　月　　日 | 発行番号 | 第　　　号 |