

様式第1号(第5条関係)

総合検診受診申請書

平群町国民健康保険総合検診受診助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

申請にあたり次のことに同意します。

検診結果を特定健康診査・特定保健指導に利用することに同意し、速やかに提供します。

なお、受診の結果、特定保健指導の対象者となった場合は、特定保健指導を受けます。

		証記号番号	奈13—
受診希望者氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	平群町	電話	—
受診医療機関		受診希望日	年 月 日
受診区分	人間ドック ・ 脳ドック ・ がんドック		
受診の種類	A 日帰りコース B 1泊以上コース		
備考			

令和 年 月 日

平群町長 殿

申請者

住所 平群町 _____

氏名 _____ 印