

様式第1号 (第5条関係)

## 人間ドック等受診申請書

被保険者証番号			
世帯主氏名			
受診者氏名		性別	
生年月日	年	月	日
住所	(電話)		
受診予定医療機関名			
ドックの種類	いずれかに○ 1 人間ドック                      2 脳ドック		
受診予定日	年	月	日

上記のとおり申請します。

なお、私の人間ドック等の受診結果を、下田市が行う保健事業のために利用することに同意します。

年 月 日

下田市長 様

申請者

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