

別記様式(第 5 条関係)

人間ドック受診申込書(後期高齢)

太枠のみ記入願います。

被保険者氏名	世帯主	電話
生年月日		受診希望年月日
年 月 日 (歳)		年 月 日
希望医療機関		市の健康診査を受診しましたか 又はする予定でいますか
		はい・いいえ
上記のとおり申し込みます。 また、私は人間ドックで得られた結果を自らの健康管理を行うために、佐渡市及び新潟県後期高齢者医療広域連合へ提供することに同意します。なお、検査結果については、私の今後の保健指導及び健康相談を実施するとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で、統計・調査研究を実施する場合に限り使用することに同意します。 年 月 日 申請者 住所 佐渡市 氏名 佐渡市長 様		

担当者確認欄	資格 有 ・ 無	保険料 過年度分滞納 有 ・ 無
	被保険者番号()	

決裁	課長等	補佐等	係長等	係	受付
年 月 日					

医療機関記入欄	受診医療機関名	
	受診年月日	年 月 日