

様式第1号(第4条関係)

佐渡市後期高齢者医療人間ドック申込書

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
指定健診機関	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	
<p>上記のとおり申し込みます。また、申し込みにあたり下記の事項について同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用資格の審査のため、市が私の後期高齢者医療保険料の収納状況について確認を行うこと ・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。 ・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。 <p>年 月 日 申請者 住所 佐渡市 氏名 佐渡市長 様</p>		

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

決裁	課長等	補佐等	係長等	係	受付
年 月 日					

指定健診機関 記入欄	指定健診機関名	
	受診年月日	年 月 日