様式第１

受付

| 伺 | 起案年月日 | | 令和　年　月　日 | | 整理番号 | 承認月日 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 下記の申請について承認してよろしいか伺います。 | | | | | |
| 決定 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 決定年月日 | 起　案　者 | 公印承認 |
| | | | | 令和　年　月　日 | ㊞ | |

※ 上記には記入しないでください。【様式原本】

# 短期人間ドック利用申込書

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 国保被保険者証記号番号 | 伊 | | | |
| | 資格取得年月日 | | | | |
| | 利用者氏名 | | | 世帯主との続柄 | |
| | 生年月日 | | | | |
| 傷病による入院の状況 | | 過去6ヶ月以内に入院を<br>イ した（　月入院）　ロ しない | | | |
| 介護保険の要介護・要支援認定の状況<br>**※65 歳以上の方は記入** | | 要介護認定・要支援認定を<br>イ 受けている　　ロ 受けていない | | | |
| 希望する人間ドックの種別<br>※弥栄病院・丹後中央病院では、4 PET 検診を実施されていません。その他検査内容が病院毎に異なります。詳しくは各医療機関の検査項目をご確認ください。詳しくは申込後に各医療機関からの連絡時にご確認ください。（本電話連絡時に変更可能です。） | | 1 外来形式　　3 脳ドック<br>2 肺がんドック（胸部CT検査）　4 PET検診<br>※　1 外来形式を希望する方は追加受診も可能です。病院毎に検査項目が異なるため、希望する検査名を記入ください。 | | | |
| 利用希望年月日 | | 令和　年　月　日　・　いつでもよい | | | |
| 医療（検査）機関名 | | 京都ﾙﾈｽ病院　弥栄病院　丹後中央病院 | | | |

上記により短期人間ドックの利用を申し込みます。
個人情報保護に関する法律個人情報の保護に関する法律第 69 条第 2 項第 1 号により検査実施医療機関に対し情報を提供することに同意します。
特定健診補助金事務を行うにあたり、所得状況の調査について、町長が行うことに同意します。
検査結果は役場にも送付され結果によっては保健師の指導を受けることを承諾します。

令和　年　月　日

世帯主住所　京都府与謝郡伊根町字

氏名

（TEL　－　）

伊根町長　様