

川本町国民健康保険人間ドック等受診申込書

受診者名	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日生（ 歳）
住 所	〒 - 邑智郡川本町大字			
電話番号		被保険者番号		
検診の種類	人間ドック ・ 脳ドック			
希望する検診機関名				
受診希望日	第1希望日	令和	年	月 日（ ）
※希望に添えない 場合もあります。	第2希望日	令和	年	月 日（ ）
<p>上記のとおり、川本町人間ドックまたは脳ドック検診を受けたいので、申請します。</p> <p>また、人間ドックまたは脳ドック検診の結果に関しては、検査機関を通じて川本町に報告され、必要に応じて特定保健指導に活用されることに同意します。</p> <p>川 本 町 長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>世帯主名 _____</p> <p>受診者名 _____</p>				