

後期高齢者人間ドック申込書	
被保険者番号	
資格取得年月日 昭和・平成 年 月 日	
受 検 者	氏 名
	生年月日及び性別 明治・大正・昭和 年 月 日 ( 男 ・ 女 )
	住 所 上里町大字
検査医療機関の名称	
検査方法及び検査料 通院・入院 泊 日 ( 金額 円 )	
検査予定日等 平成 年 月 日 から 月 日	
参 考 質 問	<b>過去の予防検診の有無についてお答えください</b> 有り ( 回 ) ・ 無し <b>検査を希望する理由についてお答えください</b> ア．既往の病気があるので受けたい。 ( 病名 ) イ．明らかに異常があるので受けたい。 ウ．どこかに異常があるように感じられるので受けたい。 エ．健康であると思うが念の為に受けたい。 オ．その他 ( )
上記のとおり人間ドックを受けたいので申し込みます。	
埼玉県児玉郡上里町長 山下博一 様	
平成 年 月 日	
住 所 上里町大字	
受検者 氏 名	