

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		平成・令和 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		令和 年 月 日 から 月 日
参 考 質 問	過去の予防検診の有無についてお答えください 有り(回) ・ 無し 検査を希望する理由についてお答えください 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		
令和 年 月 日		
住所 上里町大字		
受検者 氏名		