

川北町短期人間ドック利用申請書

川北町短期人間ドック実施要綱第5条に基づき受診券の交付を申請いたします。
また、下記の内容で医療機関に申し込みすることを願います。

川 北 町 長 申請日 年 月 日

受診者(申請者)	住 所	川北町字		
	フリガナ氏名	印	電話番号(携帯等)	(日中連絡が可能なもの)
			性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (歳) ※受診時の年齢		
	保険種別	国保 協会 後期 組合 共済	記号番号	
	保険者名	(被保険者証発行機関名)		
	検査種別	日帰り人間ドック 一泊二日人間ドック・脳ドック 一泊二日人間ドック 一泊二日人間ドック・PET 脳ドック 一泊二日人間ドック・脳ドック・PET PET		
	希望する医療機関	公立松任石川中央病院 芳珠記念病院 公立つるぎ病院		
検査希望年月日	年 月 日 ~ 月 日			
緊急連絡先 (受診者が75歳以上の場合ご記入下さい)	氏 名 () 続柄 () 携帯番号 ()			

※検査年月日については、申し込み状況により希望の日と異なる場合もありますので、ご了承ください。

確認事項

町では、検査結果に基づいて適切な指導や相談をしたいと考えています。
結果が医療機関より町に報告されますので、御理解下さい。

.....町記入欄 (ここから先は記入しないでください).....

※許可欄	年度	第	号
確 認 事 項	人間ドックを受けて1年経過		PET検査を受けて2年経過
	初	・ している	初 ・ している