

屋久島町国民健康保険人間ドック利用申込書

NO. _____

被保険者証 記号番号	屋国保第 _____ 号	資格取得 年月日	年 _____ 月 _____ 日
世帯主氏名			
利用する 被保険者	氏名	続柄	男・女
	生年月日	年 _____ 月 _____ 日	
利用する 医療機関	医療機関名		
	医療機関 所在地		
	受診予定日	年 _____ 月 _____ 日	

屋久島町人間ドック利用補助金交付要綱を遵守し、上記のとおり利用したいので申し込みます。

健診結果の情報提供の同意について

「特定健診・特定保健指導」の実施のために、健診結果（特定健康診査項目のみ）の情報を保険者へ提供すること。

私は、上記記載事項に同意いたします。

氏名

印

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

世帯主 住所 屋久島町

氏名

印

連絡先（ _____ — _____ ）

屋久島町長 _____ 様