□人間ドック　□脳ドック　受付番号【　　】

《指定医療機関用》

北島町後期高齢者医療人間ドック等受診申請書

令和　　年　　月　　日

北島町長　宛

人間ドック等の受診を希望しますので、北島町後期高齢者医療人間ドック及び脳ドック実施要綱第７条の規定により申請します。

また、受診者の住所・氏名等を受診医療機関（契約医療機関のみ）に提示すること、及びこの人間ドック等の結果を契約医療機関が北島町に提供し、町が保健指導等に使用することに同意します。

受　診　者

受診区分	□人間ドック　　□脳ドック
被保険者番号	
住　　所	北島町
氏　　名	
生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日
電話番号	
受診希望医療機関	**□第１希望　医療機関名（　　）** **□第２希望　医療機関名（　　）** ※脳ドック希望者のみ
胃 検 査	□バリウム希望　　□胃カメラ希望

＊審査欄（受診者の方は、記入しないでください）

【後期資格取得（北島町に住所を有する）】申請時	□適　□不適	□承認　□却下
【後期保険料納付状況】	□適　□不適	□承認　□却下
【他の人間ドック等の受診状況】	□適　□不適	□承認　□却下
	確認者　　印	