

人間ドック利用申請書

受 診 者	住 所	国立市					
	ふりがな						
	氏 名						
	生 年 月 日	昭和・平成・令和	年	月	日	年 齢	歳
検 査 日		令和	年	月	日		
検 査 機 関		国立さくら病院					
		国分寺病院					
		公立昭和病院 予防健診センター					
		南台病院					
		立川中央病院 附属健康クリニック					
		立川北口健診館					
		国家公務員共済組合連合会 立川病院 健診センター					
		川野病院					
		立川相互ふれあいクリニック 健康管理センター					
		J A東京健康管理センター					
		多摩健康管理センター					
		国立病院機構 災害医療センター					
		東海大学医学部付属 八王子病院 健康管理センター					
		南多摩病院					
	立川健診プラザ						

この人間ドック利用のため、私の世帯の国民健康保険税の収納状況を調べることに同意します。
医療機関を通じて収集した健診結果の情報を、保健事業で利用することに同意します。

令和 年 月 日

電話

公印使用	決 裁 欄			資 格	特定健診
	課 長	係 長	主 査	係 収 納	利用不可