

令和8年度人間ドック健診申込書

受診を希望される医療機関のコース、いずれか1つに ○ をしてください。
(後期高齢者医療被保険者の方は外来(日帰り)のみ)

医療機関	京都第一赤十字病院	短期(一泊)	外来(日帰り)	
	京都第二赤十字病院	短期(一泊)	外来(日帰り)	脳
	京都山城総合医療センター		外来(日帰り)	脳

受診される方の氏名	生年月日	性別	妊産婦または入院の有無
	大正・昭和・平成 .	男 ・ 女	有 ・ 無

被保険者番号	住 所	電話番号
国保・後期 (資格確認書、資格情報のお知らせに記載されて いる番号を記入してください	和束町大字 小字 番地	自宅() 携帯()

令和8年度人間ドック健診申込書

受診を希望される医療機関のコース、いずれか1つに ○ をしてください。
(後期高齢者医療被保険者の方は外来(日帰り)のみ)

医療機関	京都第一赤十字病院	短期(一泊)	外来(日帰り)	
	京都第二赤十字病院	短期(一泊)	外来(日帰り)	脳
	京都山城総合医療センター		外来(日帰り)	脳

受診される方の氏名	生年月日	性別	妊産婦または入院の有無
	大正・昭和・平成 .	男 ・ 女	有 ・ 無

被保険者番号	住 所	電話番号
国保・後期 (資格確認書、資格情報のお知らせに記載されて いる番号を記入してください	和束町大字 小字 番地	自宅() 携帯()