

ドック申込書（京都市国民健康保険用）				
氏名 (申込代表者)	姓		名	
	フリガナ			
	漢字			
性別	男・女			
生年月日	年	月	日	
住所	〒			
電話番号	(連絡のつきやすい番号)			
保険証	記号	番号	有効期限	
	京			
特定健診受診券 整理番号	注)			
受診希望月	令和	年	月	
ご家族で申し込まれる方がいらっしゃいましたら下の枠にご記入ください。 ※京都市国民健康保険の資格をお持ちで、40～74歳までの方となります。				
ご家族	姓		名	
	氏名	フリガナ		
		漢字		
	性別	男・女		
	生年月日	年	月	日
	保険証	記号	番号	有効期限
京				
特定健診受診券 整理番号	注)			
ご家族	姓		名	
	氏名	フリガナ		
		漢字		
	性別	男・女		
	生年月日	年	月	日
	保険証	記号	番号	有効期限
京				
特定健診受診券 整理番号	注)			
ご家族	姓		名	
	氏名	フリガナ		
		漢字		
	性別	男・女		
	生年月日	年	月	日
	保険証	記号	番号	有効期限
京				
特定健診受診券 整理番号	注)			
※詳しい検査内容は、日程調整の際に伺いますのでご記入いただかなくても大丈夫です。				
備考欄				

注：特定健診受診券整理番号のない方は、京都市国民健康保険人間ドックにお申込みいただけません。