

令和 5 年度ドック申込書（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)			
診察券番号	(当院診察券をお持ちの方)			
特定健診受診券 整 理 番 号	注)			
受診希望月	月			
ご家族・ご友人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 ・ ご 友 人	氏 名	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)		
	診察券番号	(当院診察券をお持ちの方)		
特定健診受診券 整 理 番 号	注)			
ご 家 族 ・ ご 友 人	氏 名	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)		
	診察券番号	(当院診察券をお持ちの方)		
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。