

国民健康保険被保険者等人間ドック検診申込書兼助成申請書

年 月 日

みどり市長 様

申込者 住所 みどり市

氏名

電話 — —

次により検診を受けたいので申し込みます。なお、みどり市が医療機関より結果の提供を受けることに同意します。

・受診者資格

ア 国民健康保険被保険者（ 一般 ・ 退職者本人 ・ 退職者家族 ）

イ 後期高齢者医療保険被保険者

・被保険者証 記 号 番 号 _____ ・被保険者証 保険者番号 _____

・住 所 _____

・受診者氏名 _____ ・性 別 男 ・ 女

・生 年 月 日 _____ 年 月 日

・検診の名称 ア 日帰り人間ドック
 イ 1泊2日人間ドック
 ウ 日帰り人間ドックと脳ドック

・医 療 機 関 _____
（予 定）

*人間ドックの結果は、国保特定健診、健康増進事業及疾病予防事業に役立てることを目的としているため、その他の目的のために使用することはありません。

国民健康保険被保険者等人間ドック検診申込書兼助成申請書

令和〇年〇月〇日

みどり市長 様

申込者 住所 みどり市笠懸町鹿2952
氏名 国保 太郎
電話 0277-76-2111

申請に来た人

次により検診を受けたいので申し込みます。なお、みどり市が医療機関より結果の提供を受けることに同意します。

・受診者資格

☒ ア 国民健康保険被保険者（一般・退職者本人・退職者家族）

☐ イ 後期高齢者医療保険被保険者

保険証記載の記号番号を
記入してください

・被保険者証
記号番号

みどり 12345678

・被保険者証
保険者番号

100123

・住 所

同上

ドックを受ける人

・受診者氏名

国保 花子

・性 別

男

☒ 女

・生年月日

昭和30年 5月 4日

・検診の名称

☒ ア 日帰り人間ドック

☐ イ 1泊2日人間ドック

☐ ウ 日帰り人間ドックと脳ドック

・医療機関
(予定)

〇 〇 病院

別紙の対象医療機関一覧
より選択してください

*人間ドックの結果は、国保特定健診、健康増進事業及疾病予防事業に役立てることを目的としているため、その他の目的のために使用することはありません。