

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。