

氷見市国民健康保険人間ドック利用申請書

記号番号			
利用者氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女
生年月日	S ・ H 年 月 日		
世帯主氏名			
利用区分	日帰りドック ・ 脳ドック ・ その他( )		
検査医療機関			
予 約 日	令和 年 月 日 ( )		

上記のとおり人間ドックを受検したいので申請します。

なお、氷見市が検査実施機関から検査結果を受領し、その内容を氷見市国民健康保険の保健事業において利用することに同意します。

令和 年 月 日

氷見市長 あて

	〒	-
申請者 (利用者)	住所	氷見市
	氏名	
届出者 (利用者本人の 場合は省略可)	電話番号	( - - )
	氏名	

※今年度中に、特定健康診査を受ける場合は、重複して人間ドックを受検する(助成制度を利用する)ことはできません。重複して受検した場合は、全額自己負担になりますのでご注意ください。

職員使用欄

窓口 受付印		資格確認	有 ・ 無	納付状況	適 ・ 否	確認印	
-----------	--	------	-------	------	-------	-----	--

特定健康診査受診状況 未 ・ 済

きとP 不要 ・ 要