

受付日付印

様式第1号（第9条関係）

受付番号 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

国民健康保険人間ドック利用申込書

高岡市長 あて
(高岡市役所保険年金課)

国民健康保険の人間ドックを受検したいので、次のとおり申込みます。

| | | | | | |
|-------------------|--|---|-----|---|---|
| 人間ドック受検者 | 住 所 | 高岡市 | | | |
| | フリカゝナ | | 性 別 | | |
| | 氏 名 | | 男・女 | | |
| | 生年月日 | 昭・平 | 年 | 月 | 日 |
| | 電話番号 | | | | |
| 被保険者記号番号 | | | | | |
| 予 約 し た 指定実施機関 | 高岡市民病院 富山県済生会高岡病院 泉脳神経外科医院 北陸予防医学協会 | 厚生連高岡健康管理センター 医療法人社団 紫蘭会 サンシャイン メドック JCHO 高岡ふしき病院 | | | |
| 予 約 し た ドックの種類 | 日帰りドック (男性コース | 女性コース |) | | |
| | 脳ドック (コース名 |) | | | |
| | その他のドック (コース名 |) | | | |
| 予約した受検日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| 上記ドックの 受診費用の総額 | 円 | | | | |

注意事項

次の事項をご承認の上、お申込ください。

国民健康保険の人間ドックの検査結果は、国民健康保険の保健事業等を実施するうえでの資料としてドックを受検された指定実施機関から高岡市保険年金課に送付されます。

特定健康診査項目を含む人間ドックと特定健康診査を同一年度内に受検することはできません。

| | | | | | | | |
|---------------|------|-----|-----|-----|------|-----|----|
| ※保険年金課 整理欄 | 本人確認 | 資 格 | 滞 納 | 助 成 | 特定健診 | 交 付 | 受付 |
| | 可・不可 | 有・無 | 適・否 | 適・否 | 適・否 | 窓・郵 | |