

門真市国民健康保険
人間ドック受診登録申請書

	受付番号		
被保険者番号	門国 -		
受診者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	門真市	電話番号	
給付資格年月日	年 月 日		
検診項目	<input type="checkbox"/> 基本項目のみ <input type="checkbox"/> 基本項目+頭部 CT <input type="checkbox"/> 基本項目+頭部 MRI		
希望医療機関	摂南総合病院		蒼生病院
備 考			

上記のとおり、人間ドック検診を受けたく申請します。

年 月 日

門 真 市 長 様 世帯主住所 門真市

世帯主氏名 _____

【確認事項】

- 受診時に門真市国民健康保険の資格があり、かつ、年齢が満30歳以上満75歳未満であること。
- 過年度保険料を完納し、又は納付誓約を履行していること。
- 当該年度において特定健康診査を受診していないこと（年度内にどちらか一方のみ受診可）。
- 当該年度において本事業による助成を受けていないこと。

受 付 印

検査結果について、特定健診、特定保健指導その他本市が実施する保健事業へ利用することについて同意します。

受診者
氏 名 _____