

## 人間ドック受検申請書

受 検 者	被保険者証の 記号 番号	5 7 -	
	氏名・性別 (個人番号)	フリガナ	男・女
		(個人番号 )	
生年月日・年齢	年 月 日生	歳	
受 検 予 定 医 療 機 関	名 称		
	所 在 地		
	受検予定月	年 月受検予定	

上記のとおり申請します。

年 月 日

大 井 町 長 様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

### 【確認欄】

① 人間ドック受検日において、大井町国民健康保険の被保険者であり、満40歳以上75歳未満であること	
② 受検日において、大井町国民健康保険に継続して1年以上加入していること	
③ 受検日において、既に納期が到来している国民健康保険税を完納していること	
④ 健診機関が発行する検査結果を町に提出することに同意できること	
⑤ 同一年度内において、町が実施する特定健康診査を受けていないこと(受けないこと)	
(参考) 受検の結果により、通知や電話連絡が行く場合があること(特定保健指導のため)	