

(様式第1号)

大鰐町国保・後期高齢者人間ドック受診申込書

被保険者(証)番号							
住所	〒 大鰐町大字						
(フリガナ)							
氏名		性別	男・女				
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	本年度 到達年齢	満	歳
実施医療機関	町立大鰐病院						
受診希望月							
<p>大鰐町国保・後期高齢者人間ドック事業実施要綱第6条の規定により申込みます。 受診した結果は、大鰐町が保存し、特定健康診査・特定保健指導等に活用することに 同意します。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>大鰐町長 様</p> <p style="text-align: center;">申込者 住所 大鰐町大字 (受診者の住所と異なる場合記入してください)</p> <p style="text-align: center;">氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>							

- 注意事項 1 受診希望者は太枠内に必要事項を記入してください。  
2 下記の要件により受診できないこともありますのでご了承ください。

受診決定の可否
○国保・後期高齢者の被保険者(特定健康診査の除外対象者でない)(可・否)
○当該年度中に満40歳以上(可・否)
○保険税(料)に滞納がない(可・否)
○特定健診等の受診(申込み)がないこと(可・否)