

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	大 正 ・ 昭 和 年 月 日	本 年 度 到達年齢	満 歳
実施医療機関	町立大鰐診療所		
胃カメラの希望 (いずれかに○)	経 口 ・ 経 鼻		
確認事項	胃カメラ歴 (有 ・ 無) 抜歯歴 (有 ・ 無)		
受 診 希 望 月	第 1 希 望 : 令 和 年 月	第 2 希 望 : 令 和 年 月	
備 考			
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。 令和 年 月 日 大鰐町長 様 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。) 氏名 電話番号			

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。

※以下の項目についてご確認ください。	【事務確認欄】
☐ 国保・後期高齢者医療の被保険者で大鰐町に住所がある。	(可 ・ 否)
☐ 年度内に40歳以上である。	(可 ・ 否)
☐ 保険税(料)に滞納がない。	(可 ・ 否)
☐ 特定健診及び各種がん(胃・肺・大腸)健診を受けていない または申し込みをしていない。	(可 ・ 否)