

富田林市国民健康保険総合健康診断申込書(人間ドック)

富田林市長様

令和 年 月 日

住所

氏名

(※本人が自署してください。)

電話

(※内容等について問合せをすることがございますので、
日中つながる電話番号を記入してください。)

下記の者の総合健康診断について、以下の項目に間違いのないことを確認した上で申し込みます。

- ・本市国民健康保険料を完納しています。
- ・同一年度で別途特定健診の受診はしません。また、受診していません。
- ・受診日当日に、本市国民健康保険の被保険者でなくなった場合は、受診しません。
- ・富田林市国民健康保険総合健康診断事業実施要綱に基づく助成金の受領を実施機関へ委任します。

記

被保険者証番号				
フリガナ		性別	生年月日	年齢
受診者氏名		男 女	年 月 日	歳
実施機関名(受診する医療機関に○をつけて下さい。)			受診予定日	
1 富田林病院		2 PL病院		令和 年 月 日
受診区分 (お申込みされたコースに○をつけてください。) ※オプションコースを除く。		1 一般 2 一般 + 子宮がん検診 3 一般 + 脳MRI検査 4 一般 + 子宮がん検診 + 脳MRI検査		

内容に不備のある場合は、連絡いたします。

※以下の欄は、記入しないでください。
処理欄

課長						受付
受診者氏名					整理番号	
受診資格要件	資格				有	無
	保険料の納入				完納	未納

富田林市国民健康保険総合健康診断申込書(人間ドック)

富田林市長様

令和 年 月 日

住所

氏名

(※本人が自署してください)

電話

(※内容等について問合せをすることがございますので、
日中つながる電話番号を記入してください。)

下記の者の総合健康診断について、以下の項目に間違いのないことを確認した上で申し込みます。

- 本市国民健康保険料を完納しています。
- 同一年度で別途特定健診の受診はしません。また、受診していません。
- 受診日当日に、本市国民健康保険の被保険者でなくなった場合は、受診しません。
- 富田林市国民健康保険総合健康診断事業実施要綱に基づく助成金の受領を実施機関へ委任します。

記

フリガナ	性別	生年月日	年齢
受診者氏名	男 女	年 月 日	歳
実施機関名(受診する医療機関に○をつけて下さい。)		受診予定日	
1 富田林病院	2 PL病院	令和 年 月 日	
受診区分 (お申込みされたコースに ○をつけてください。) ※オプションコースを除く。	1 一般 2 一般 + 子宮がん検診 3 一般 + 脳MRI検査 4 一般 + 子宮がん検診 + 脳MRI検査		

※以下の欄は、記入しないでください。
処理欄

富田林市国民健康保険総合健康診断申込通知書(人間ドック)

様

上記のとおり、申込みを受理しましたので通知します。

令和 年 月 日 富田林市長

受診者氏名		整理番号	
受診予定日	年 月 日	受診区分	