

国民健康保険人間ドック等受診申請書

申請日 年 月 日

（宛先）
羽生市長

申請者（受診者） 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電 話 _____

羽生市国民健康保険人間ドック等検査料助成要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

なお、受診した医療機関から市へ受診結果が提供され、市が実施する特定健康診査の受診結果として、保健指導等の保健事業に活用することに同意します。

被保険者証記号番号	羽 ー			
受診する 被保険者	氏 名		性 別	男・女
	生年月日	年 月 日	年 齢	歳
受診希望指定医療機関				
ドックの種類別	人間ドック ・ 脳ドック			
受診予定日	年 月 日			
人間ドック受診歴	初めて ・ 2回目以降			

* 以下の欄の記入は不要です。

要 件 審 査		
要 件	適 ・ 否	備 考
被保険者資格	有 ・ 無	
年 齢 (40歳以上)	適 ・ 否	
国民健康保険税	完納 ・ 未納	
審査の結果、受診要件に (適合している ・ 適合していない) ので (承認します。 ・ 承認しません。)		

処 理	受付番号	受 付	備 考