

※必ず人間ドック受診前に申請してください。受診後の申請は受付できません。

様式第1号(第5条関係)

国民健康保険人間ドック受診申請書

年 月 日

松伏町長 宛て

住所 松伏町
申請者 氏名
電話 ()

松伏町国民健康保険人間ドック実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

被保険者証記号番号	松 ー			
医療機関名				
受診する被保険者	氏名		性別	男・女
	生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳

人間ドックの受診申請に当たり、次のことについて同意します。

- (1) 人間ドックの検査票を松伏町長へ提供すること。(町内指定医療機関で受診した場合は、町内指定医療機関から町へ検査結果が提供されます。)
- (2) 検査結果データを、特定健康診査の実施状況の報告(法定報告)として国へ提供すること。
- (3) 検査結果により、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第18条第1項に規定する特定保健指導を実施する場合があること。

署名欄 _____

役場記載欄

要件審査	受診票発行日	年 月 日	発行番号	
被保険者資格	有・無			
年齢	適・否			
国民健康保険税	完納・未納	年度	期分	
審査の結果、受診要件に 適合している 承認 適合していない 却下 ので します。 年 月 日 担当 _____				

↓ 裏面も記入してください。