様式第１号

世羅町国民健康保険特定健康診査個別健診申込書

　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　世　羅　町　長 　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者　住所　　世羅町大字　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

世羅町国民健康保険特定健康診査個別健診について、次のことに同意し申し込みます。

（次のすべての□に✓をしてください。）

□　健診結果を世羅町国民健康保険に提供すること。

□　この健診結果に基づき保健師等が指導する場合があること。

□　受診日に世羅町国民健康保険の被保険者であること。

□　今年度において国保人間ドック、誕生月健診、総合健診（がん検診、感染症検査、骨密度検査は受診可能）を申し込まないこと。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な | | |  | | | | | | | | | | 性別 | 男・女 |
| 受診者　氏名 | | |  | | | | | | | | | |
| 受診者　住所 | | | 世羅町大字 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 (満　　歳） | | | | | | | | 連絡先℡  （携帯電話） | | |  | | |
| 国保被保険者証番号 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |
| 希望医療機関 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 希望する受診月 | | 月 | | | | |  | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | | | | | | |
| * 後日、特定健康診査受診券を送付しますので、受領後に希望医療機関へ予約のうえ、受診してください。 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |

ここから下は記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 審査欄 | 世羅町国民健康保険特定健康診査対象者 | 該　当　・　非該当 |

|  |  |
| --- | --- |
| 審査決定日 |  |