

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、誕生日健診、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Tel (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 | |
|-------|--|