

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 記 号 ・ 番 号		松 一			
医 療 機 関 名					
受 診 す る 被 保 険 者	氏 名				
	生年月日	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 5 7 年法律第 8 0 号)第 1 8 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
裏面の質問票もご記入ください➡

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	国 民 健 康 保 険 税	完 納 ・ 未 納	
年 齢	適 ・ 否	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				