

国民健康保険一日人間ドック申込書

太枠のみ記入願います。(受付: _____)

氏名	世帯主	電話
生年月日	年齢	受診予定年月日
昭和 年 月 日	満 歳 ※申込をする年度末時点 としてください。	令和 年 月 日 ※申込をする年度内として ください。
受診予定実施機関		
※市の指定する実施機関を記入してください。		
上記のとおり申し込みます。 また、当該年度に市の行う特定健康診査(集団健診)を受診しないこと、及び、検査結果を特定保健 指導業務に情報提供をすることに同意します。		
令和 年 月 日 申請者 住所 佐渡市		
氏名		
佐渡市長 様		

担当者 確認欄	被保険者番号		国民健康保険税 過年度滞納の有無	有・無
	行政区コード		特定健康診査 受診券番号	
	世帯コード		特定健康診査 当該年度受診の有無	有・無
	住民コード		(上で有の場合) 特定健康診査の 受診日及び会場	受診日: 会場:

決裁	課長 (センター長)	補佐 (次長)	係長 (調査員)	係	受付
令和 年 月 日					

実施機関記入欄	実施機関名	
	受診年月日	令和 年 月 日