

佐渡市国民健康保険 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
年 月 日	満 歳 ※申込をする年度末時点 としてください。	年 月 日 ※申込をする年度内として ください。
指定健診機関		
※指定健診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、申し込みにあたり下記の事項について同意します。		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用資格の審査のため、市が申請者の属する世帯の国民健康保険税の収納状況を確認すること。 ・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。 ・検査結果を特定保健指導業務に情報提供をすること。 		
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
年 月 日					

指定健診機関 記入欄	指定健診機関名	
	受診年月日	年 月 日