

国立市国民健康保険 人間ドック利用申請書

発行番号

受 診 者	住 所						
	ふりがな						
	氏 名					性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	昭 ・ 平	年	月	日	生 年 齡	歳
	被保険者記号・番号	記 号	—	番 号			
検 査 日		1 日コース	平成 年 月 日				
		2 日コース(通院)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
		2 日コース(宿泊)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
検 査 機 関 (該当する機関 に印をつけてく ださい)		国 立 さ く ら 病 院					
		国 分 寺 病 院					
		公 立 昭 和 病 院 予 防 健 診 セ ン タ ー					
		南 台 病 院					
		立 川 中 央 病 院 附 属 健 康 ク リ ニ ッ ク					
		立 川 北 口 健 診 館					
		国 家 公 務 員 共 済 組 合 連 合 会 立 川 病 院 健 康 医 学 セ ン タ ー					
		立 川 相 互 ふ れ あ い ク リ ニ ッ ク 健 康 管 理 セ ン タ ー					
		J A 東 京 健 康 管 理 セ ン タ ー					
		多 摩 健 康 管 理 セ ン タ ー					
		国 立 病 院 機 構 災 害 医 療 セ ン タ ー					
		東 海 大 学 医 学 部 付 属 八 王 子 病 院 健 康 管 理 セ ン タ ー					
	南 多 摩 病 院						

上記のとおり申請します。
この人間ドック利用のため、私の世帯の国民健康保険税の収納状況を調べることに同意します。
医療機関を通じて収集した健診結果の情報を、保健事業で利用することに同意します。

平成 年 月 日

住 所

申 請 者 氏 名 (印)

世 帯 主 氏 名 (印)

電 話

国 立 市 長 殿

決 裁 欄				資 格 確 認 欄		受 診 日	特 定 健 診
課 長	課長補佐 係長	主 査	係	資 格	収 納	確 認	受 診 券
						文書 ・ 電話	使用不可了承 ・ 回収