

南砺市国民健康保険人間ドック申込書

令和6年 月 日

(宛先) 南砺市長

(申請者)

住所 南砺市

氏名

電話番号 - -

下記の事項に同意のうえ、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 助成の有無の審査にあたり、市が申請者の個人情報をご公簿等で確認すること。
- 2 受診結果を市の健康管理情報、統計資料、受診確認のために使用すること。

対象者	住所	(〒 -) 南砺市		
	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男 女	昭和 年 月 日 平成
受診医療機関 (○をつける)	・南砺市民病院 ・公立南砺中央病院 ・厚生連高岡健康管理センター			
受診予約日	令和6年 月 日			
注意事項	*受診日において資格を喪失している場合(受診後に遡って資格を喪失した場合を含む)は、検診費用が全額自己負担となります。保険の切り替わりがある方はご注意ください。 *同一年度内に市が実施する「特定健康診査」を受診された場合は、特定健康診査相当の検査費用額を自己負担していただきます。また、同一年度内に市が実施する各種がん検診(胸部レントゲン・肺CT、胃・子宮・乳・大腸・前立腺がん検診)は、人間ドック検査項目と重複するため、受診できませんのでご注意ください。			

※市記入欄

国保税	資格・年齢	特定健診 受診歴	対象

☞ 国保取得日が令和6年4月1日以降の場合、資格・年齢欄に取得日を記入ください。