

南砺市人間ドック申込書

令和7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 日中の連絡先(電話): - -		
	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	昭和60・61年 月 日
保険者名称	※どちらかを選んでください ・富山県国民健康保険(南砺市国保) ・名称: _____ (本人・家族) (例) 全国健康保険協会〇〇支部(本人・家族 ※〇をつける)			
受診医療機関 (〇をつける)	・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			
受診予定日	令和7年 月 日			
注意事項	*申請の際は保険資格情報の分かるもの(マイナ保険証・資格確認書・健康保険証等)を提示してください。 *同一年度内に市が実施する「南砺市国保特定健康診査」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)は、人間ドック検診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。 *南砺市国保以外の方は、申請日および受診日において南砺市に住所を有しない場合は、検診費用が全額自己負担となります。			

※市記入欄

【申請時確認】

【担当課確認】

国保税 (国保のみ確認)	年齢	保険情報の確認方法	特定健診 受診歴	がん検診 受診歴	対象
		<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナポータル <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書			