

貝塚市国民健康保険人間ドック等受診登録申請書

希望のコース	人間ドック・脳ドック		人間ドック受付番号		
			脳ドック受付番号		
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	貝 国		生 年 月 日	年 月 日	
受 診 者 氏 名			電 話 番 号		
住 所	貝塚市				
①給 付 資 格 年 月 日	年 月 日		②前年度分までの 保険料未納の有無	有・無	
③前 回 の 申 請 年 月	年 月		④申請時の 満 年 齢	歳	
備 考					
上記のとおり、人間ドック等を受診したく申請します。 また、検診結果について、検診医療施設より貝塚市に情報提供すること及び決済代行機関で点検されること並びに、匿名化されて国へ部分的に提出されることについて同意します。 令和 年 月 日 貝 塚 市 長 様 住所 _____ 世帯主 氏名 _____ 電話 _____					

記入上の注意（受診要件）

- ①前年度分までの国民健康保険料を完納していること。
- ②年齢が満 30 歳以上のこと。
- ③貝塚市国民健康保険に加入し、加入期間が継続して 1 年以上あること。
- ④同一年度内において、本事業の対象となった同一の検診（人間ドックについては、本市の実施する特定健康診査を含む。）を受けていないこと。

受付欄	交付者	確認者