

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	保険証の 5 桁の数字	区 分	一般・退職本人・退職扶養
受 診 者 氏 名	貝 塚 太 郎		生 年 月 日	昭和 40 年 1 月 1 日
住 所	貝塚市 畠中 1 丁目 17 番 1 号		電 話 番 号	072-433-7273
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	青色欄は、市使用欄につき、記入不要です。			
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保険年金課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 貝塚市畠中 1 丁目 17 番 1 号 世帯主 氏名 貝 塚 太 郎 電話 072-433-7273				

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 歳以上であること。
- 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、本誌の実施する特定健康診査を含む。）を受けていないこと。

(伺) 上記のとおり決定してよろしいか					受付欄
決 裁	課長	課長補佐	主査	課員	