

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		区 分	一般・退職本人・退職扶養	
受 診 者 氏 名			生 年 月 日	年 月 日	
住 所			電 話 番 号		
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 _____

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、本市の実施する特定健康診査を含む。）を受けていないこと。

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

受付欄