

## 上板町国民健康保険人間ドック等受診申込書

受付番号 No.

被保険者証 記号番号	上板	世帯主名				
受診申込者	住 所	上板町				
	(フリガナ)					
	氏 名			性 別	男 ・ 女	
	生年月日	年	月	日	令和5年度中 における年齢	
受診希望月 (希望月に○)	8月	9月	10月	11月	12月	1月
実施医療機関等 名 (希望機関に○)	人間ドック	脳ドック	※申込みは人間ドック、脳ドックのいずれか1つです。			
			公益財団法人とくしま未来健康づくり機構(徳島県総合健診センター)			
			徳島県鳴門病院 健康管理センター			
			徳島県農村健康管理センター			
<p>上板町国民健康保険人間ドック及び脳ドック実施要綱第5条の規定により申し込みます。</p> <p>受診した結果は、上板町国保が保存し特定健康診査・特定保健指導等に活用することに 同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上板町長 様</p> <p style="text-align: center;">住 所 上板町</p> <p style="text-align: center;">申込者 氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>						

注意事項 1 受診希望者は太枠内に必要事項を記入してください。

2 下記の受診対象基準により受診できないこともありますのでご了承ください。

受診決定の可否	資格状況 : 上板町国保の被保険者 ( 可 ・ 否 )
	年齢要件 : 年度中において満35歳以上 ( 可 ・ 否 )
	国 保 税 : 前年度まで完納 ( 可 ・ 否 )
	脳ドック : 前年度助成を受けていない ( 可 ・ 否 )

上記により	受診決定	してよろしいか伺います。	
	受診却下		
課長	課長補佐	係長	受付

受付	年	月	日
伺	年	月	日
決定	年	月	日
通知	年	月	日