

射水市国民健康保険人間ドック利用申込書

住 所	〒 ー 射水市	
氏 名	フリガナ	
生 年 月 日	S・H 年 月 日（ 歳）	
電 話 番 号	（ ） ー	
医療機関名		
コ ー ス	番号	コース名
利 用 日	令和 年 月 日 (事前に病院に予約した日)	
記 号 番 号		

射水市長 あて

年 月 日

- * 対象は国民健康保険に加入し、国民健康保険税を完納している方
- * 申込書の記入にて、人間ドックの結果を市が取得することに同意したものとみなします。
- * 後日、本人宛に利用承認書を送付します。
- * **人間ドックと特定健康診査は同一年度で重複して受診することはできません**（重複受診が確認された場合は、特定健康診査の費用は全額自己負担となります）