

《指定医療機関用》

北島町国民健康保険人間ドック等受診申請書

令和 年 月 日

北島町長 宛

人間ドック等の受診を希望しますので、北島町国民健康保険人間ドック及び脳ドック実施要綱第18条及び第20条第2項の規定により申請します。

また、受診者の住所・氏名等を受診医療機関（契約医療機関のみ）に提示すること、及びこの人間ドック等の結果を契約医療機関が北島町に提供し町が保健指導等に使用すること、並びに税務課が保有する受診者世帯の国民健康保険税の納付状況を照会することに同意します。

1 受診者

受診区分	□人間ドック □脳ドック
保険証記号 ・番号	北島（ ） 枝番（ ）
住 所	北島町
氏 名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
電話番号	
□第一希望医療機関名（ ） □第二希望 ※脳ドック希望者のみ（ ）	
胃検査 □バリウム希望 □胃カメラ希望	

* 審査欄（受診者の方は、記入しないでください）

【年 齢】	人間ドック 30歳～74歳 脳ドック 40歳～74歳	□適 □不適	□承認 □却下
【国保資格】		□適 □不適	□承認 □却下
【保険税納付状況】		□適 □不適	□承認 □却下
【他の人間ドック等の受診状況】		□適 □不適	□承認 □却下
		確認者	印