

電話申込は不可、令和6年2月9日（金）締切

令和6年度大野市国民健康保険人間ドック申込書

保険証番号	井大					
住所	〒912- 大野市 (〇 ー)					
受診者	希望 コース	受診希望の医療機関 (〇印を付ける)	胃部検査※ (〇印を付ける)	受診 希望月	備考	2日ドック 済生会病院
フリガナ		済生会病院・勝山総合病院 県立病院・赤十字病院 予防医学協会・松原病院	X線・内視鏡		マンモ 有・無	通い ・ 宿泊
昭・平 年 月 日生 男・女						
フリガナ		済生会病院・勝山総合病院 県立病院・赤十字病院 予防医学協会・松原病院	X線・内視鏡		マンモ 有・無	通い ・ 宿泊
昭・平 年 月 日生 男・女						
フリガナ		済生会病院・勝山総合病院 県立病院・赤十字病院 予防医学協会・松原病院	X線・内視鏡		マンモ 有・無	通い ・ 宿泊
昭・平 年 月 日生 男・女						

※ 希望コースは、受診医療機関・受診費用の①～⑥の数字を1つ記入してください。
脳ドック（単独）とPET-CTがん検診の場合、胃部検査欄の記入は不要です。
下記の同意書を必ず記入してください。国民健康保険税の完納が受診条件です。

資格	年齢	収納

人間ドック受診に伴う同意書

大野市長 殿

私は、大野市国民健康保険が行う人間ドックを受診することを希望し、大野市国民健康保険が受診検査機関に必要な個人情報を提供することに同意します。併せて、受診検査機関が大野市国民健康保険に受診結果を提供することに同意します。

また、PET-CTがん検診を受診する場合は、必ず大野市(健康長寿課)が実施する生活習慣病健診を受診します。

令和 年 月 日

住所 大野市

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____