様式第1号(第5条関係)

土庄町人間ドック受診申込書(国保被保険者用)

受付番号　No.

被保険者証記号・番号	香川 15	ー	世帯主名		
申込者	フリガナ		性別	男・女	
	氏名				
	生年月日	昭和　年　月　日	満年齢(年度末時点)	満　歳	
	住所	〒761ー 土庄町 (日中連絡先：　ー　ー　)			
	個人番号				

胃の検査(いずれか希望する方にレで選択)	オプション検査　※全額自費(希望する検査等にレで選択)
□胃カメラ　□胃レントゲン	□ 胸部 CT 検査 □ 前立腺検査 □ 子宮頸がん検診 □ 乳がん検診(マンモ) □ 乳がん検診(視触診・乳腺エコー) □ 乳がん検診(マンモ・視触診・乳腺エコー)
受診希望日	
令和　年　月　日頃	
指定医療機関名	
小豆島中央病院	

土庄町人間ドック事業実施要綱第 5 条の規定により申し込みます。

また、受診した結果は土庄町が保存し、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。

令和　年　月　日

土庄町長　様

申込者氏名

※署名又は記名押印

※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. 以下の受診対象基準により受診できないことがありますのでご了承ください。

【受診対象基準】
※役場確認欄
①資格状況：土庄町国民健康保険の被保険者　(　)
②年齢要件：当該年度中に満 40 歳以上 75 歳未満　(　)
③国 保 税：国民健康保険税を滞納していない世帯(　)
④土庄町が実施する特定健康診査を受けていない者(　)