

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	—	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— 土庄町 (日中連絡先： — —)						
	個人番号							
胃の検査 (いずれか希望する方に✓で選択)			オプション検査 ※全額自費 (希望する検査等に✓で選択)					
<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 胃レントゲン			<input type="checkbox"/> 胸部CT検査					
受診希望日			<input type="checkbox"/> 前立腺検査					
令和 年 月 日頃			<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診					
指定医療機関名			<input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモ)					
小豆島中央病院			<input type="checkbox"/> 乳がん検診(視触診・乳腺エコー)					
			<input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモ・視触診・乳腺エコー)					
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。								
土庄町長 様			令和 年 月 日					
			申込者氏名 ⑩					

- ※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】	①資格状況：土庄町国民健康保険の被保険者	()
※役場確認欄	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	()