

(国保・後期)

令和8年度 川俣町人間ドック受診申込書
(済生会川俣病院用)

令和 8 年 月 日

川俣町長 様

私は、人間ドックを受診したいので、次のとおり申込みます。
なお、受診申込にあたり保険税・保険料納付状況の閲覧に同意します。

被保険者証番号

住 所 川俣町

ふりがな

年齢

性 別

男
・
女

電話番号

- -

氏 名

生年月日

大正・昭和・平成

年

月

日

郵便番号

960-

人間ドックを受診すると町の「住民けんしん」(国保特定健康診査・後期高齢者健康診査・国保若年層健康診査)を受診することができないことについて了承します。

(○をつけてください)

はい・いいえ

日帰りコース検査項目をすべて受診します。
(胃の検査は、胃カメラのみとなっています。)

はい・いいえ

対象者:35歳以上の前年度町人間ドック事業を利用されていない方

※保険税・保険料を完納している方で、申込日・受診当日に資格を有している方に限ります。

以下の欄は記入しないで下さい。(国保年金係記入欄)

世帯番号

資格加入確認

宛名番号

前年度未利用確認

納税確認

備考

希望月(月)

同日受診希望者(なし・あり

氏名:

生年月日:

)

受診区分

国保・後期

受付
番号