

# < 記 載 例 >

町 長	副町長	課 長	担当長	合 議	係	受付	年 月 日
—	—						

## 令和8年度国民健康保険人間ドック助成申請書

保険証記号番号	<b>1000****</b>	(ふりがな)	<b>シカ タロウ</b>		
		受診者名	<b>志賀 太郎</b>		
性 別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生 年 月 日	<b>昭和33年4月1日生</b>		満 <b>68</b> 歳
1. 前年度に人間ドック受診の有無		有	<input checked="" type="radio"/> 無		
2. 国民健康保険税の未納の有無 ( 月未現在)		有	<input checked="" type="radio"/> 無		
3. 1年以上の国民健康保険加入歴の有無		<input checked="" type="radio"/> 有	無		
4. 今年度の特定健康診査受診の有無		有	<input checked="" type="radio"/> 無		
5. 人間ドック A 脳神経外科系の疾病により治療中		有	無		
人間ドック B 内科系の疾病により治療中		有	<input checked="" type="radio"/> 無		
希望するコースに○を付けてください。		人間ドック	A コース (特定健診と脳 : 1 日)		
		人間ドック	<input checked="" type="radio"/> B コース (特定健診とがん : 1 泊 2 日)		
検 診 希 望 年 月 日	第1希望日	平成	年	月	日
	第2希望日	平成	年	月	日
検 査 希 望 医 療 機 関	<input checked="" type="radio"/> 町立富来病院		<input type="radio"/> 公立羽咋病院		<input type="radio"/> 公立能登総合病院
(公立能登総合病院のみ) 追加したい検査項目がある場合は <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	<input type="checkbox"/> 子宮がん (3,695 円) <input type="checkbox"/> 乳がん (3,614 円) 上記検査は公立能登総合病院 B コースのみのオプションとなります。				
検査の結果により、必要に応じて保健師の指導を受けることに同意します。					
氏 名 : <b>志賀 太郎</b>					
令和 8 年 4 月 11 日					
志賀町長 稲岡 健太郎 あて					
<b>〒925-0198</b>					
住 所 <b>志賀町末吉千古1番地1</b>					
世帯主 <b>志賀 太郎</b>					
(電話 <b>32-1111</b> )					

FAX   
入 力  ※ チェックを入れること。