

人間ドック申込書兼検診費用助成申請書

人間ドックを受診したいので、次のとおり申請します。

なお、人間ドックの結果を小千谷市で保健指導等に活用することに同意します。

令和 年 月 日

小千谷市長 あて

郵便番号 _____
 住所(町名) _____
 世帯主氏名 _____
 電話番号 _____

	1	2	3
健康保険資格	1. 国保 2. 後期 3. 上記以外	1. 国保 2. 後期 3. 上記以外	1. 国保 2. 後期 3. 上記以外
被保険者証番号			
ふりがな			
受診者氏名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
性別	1 男 2 女	1 男 2 女	1 男 2 女
希望する検診機関 ※○印をつけてください。	1 健康管理協会(新潟市) 2 労働衛生医学協会(長岡市) 3 厚生連小千谷総合病院(バリウム) 4 厚生連小千谷総合病院(胃カメラ)	1 健康管理協会(新潟市) 2 労働衛生医学協会(長岡市) 3 厚生連小千谷総合病院(バリウム) 4 厚生連小千谷総合病院(胃カメラ)	1 健康管理協会(新潟市) 2 労働衛生医学協会(長岡市) 3 厚生連小千谷総合病院(バリウム) 4 厚生連小千谷総合病院(胃カメラ)
4の厚生連小千谷総合病院(胃カメラ)を選んだ方は、人間ドックで一番最後に受けた胃カメラの実施方法のどれか一つに○印をつけてください。	1. 初めて受ける 2. 口からのカメラ 3. 鼻からのカメラ	1. 初めて受ける 2. 口からのカメラ 3. 鼻からのカメラ	1. 初めて受ける 2. 口からのカメラ 3. 鼻からのカメラ
受診希望月 ※○印をつけてください	4・5・6・7・8・9 10・11・12・1・2・3	4・5・6・7・8・9 10・11・12・1・2・3	4・5・6・7・8・9 10・11・12・1・2・3

※厚生連小千谷総合病院の胃がん検診は、バリウムの他に胃カメラを希望できます。ただし、鼻からの胃カメラは人数制限がありますので、申し込みされた方が人間ドックで一番最後に受けた胃カメラの実施方法となります。胃カメラを初めて希望される方は口からの胃カメラとなります。

※子宮頸がん検診、乳がん検診を希望する場合はオプションになります。

※希望する受診月とならない場合もありますので御容赦ください。

以下は記入しないでください。

健康保険資格	1. 国保 2. 後期 3. 上記以外	1. 国保 2. 後期 3. 上記以外	1. 国保 2. 後期 3. 上記以外
国保税・後期保険料滞納	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
国保加入期間	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
審査	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認