

令和6年度 神山町国民健康保険 人間ドック・脳ドック申込書

※個人の検診結果に基づいて町保健師・管理栄養士が保健指導等に使用することがありますので、ご了承ください。
各ドックへ申し込まれると特定健康診査は受診できません。

< 受診対象者 > 次の事項をすべて満たしていること。 □にチェックを入れてください。

- 神山町国民健康保険被保険者
- 国民健康保険税完納者
- 昭和30年4月1日生まれから平成7年3月31日生まれの者
- 令和5年4月30日から令和6年3月31日の期間すべてにおいて神山町国保被保険者の者

神山町長 殿

令和 6 年 月 日

私は(人間ドック・脳ドック)の受診を申し込みます。(希望されるドックのいずれか1つを○で囲んでください)

ふりがな			
氏名			
住所	神山町	字	
電話番号		性別	男・女
生年月日	昭和・平成	年	月
		日生	日
	(歳)	
	被保険者証 記号・番号		神山

人間ドック	医療機関		胃カメラ	受診希望日(希望日を記載してください)
	<input type="checkbox"/>	とくしま未来健康づくり機構		第1希望 月 日() 第2希望 月 日() ※1 虹の橋病院で胃カメラ検査希望の場合は、病院で 予約をとってから申込をお願いします。 ※2 胃カメラは人間ドック申込者のみです。
	<input type="checkbox"/>	徳島検診クリニック		
	<input type="checkbox"/>	徳島県農村健康管理センター		
	<input type="checkbox"/>	虹の橋病院 健診センター		
	<input type="checkbox"/>	たまき青空病院		

脳ドック	<input type="checkbox"/>	徳島検診クリニック	第1希望 月 日() 第2希望 月 日()
	<input type="checkbox"/>	虹の橋病院 健診センター	
	<input type="checkbox"/>	たまき青空病院	
私は、以下のものに該当します。(該当するものに○をつけてください) <input type="checkbox"/> 高血圧で治療中もしくは健診等で高血圧を指摘されたことがある。 <input type="checkbox"/> 血縁者に脳疾患の人がいる。 <input type="checkbox"/> 頭痛・言葉がしゃべりにくい・手足のしびれなどの自覚症状がある。			

オプション	

申込期限: 令和6年5月17日(金) 税務保険課 必着 (期限後の申込は受付できません。)