

## 美濃市国民健康保険人間ドック受診申込書

受診申込者	保険証番号		フリガナ	
			氏名	
	生年月日	昭和	年	月
			日	性別
				男
	住所	美濃市		
	令和5年3月31日現在の年齢		50歳 55歳 60歳 63歳 66歳 69歳 72歳	
			上記以外	
<p>上記のとおり美濃市国民健康保険人間ドックの受診を申し込みます。  また、当該健診結果データについては美濃市国民健康保険へ提供し、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)に規定する特定健康診査及び特定保健指導に活用することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>美濃市長 様</p> <p style="text-align: center;">申込者 (受診者) 住所 氏名 電話番号</p>				
オプション (全額自己負担)	種類		金額(円)	希望する
	肝炎抗体検査		5,500	
	胃部内視鏡検査(胃カメラ)		4,290	
	乳がん検査 ※美濃市健診受診券利用の場合		1,500	
	子宮頸がん検査 ※美濃市健診受診券利用の場合		1,000	
確認	基準			チェック
	受診日現在、美濃市国民健康保険の被保険者である			
	国民健康保険税に滞納分がない世帯に属している			
	同じ年度中に国保ドックまたは特定健診を受けていない			
	入院中・妊娠中でない			

## 申込方法

- 1 受診を希望される方は、美濃病院 みの健康管理センター(33-5050)へ直接電話にてお申込みください。
- 2 本申込書は、受診日に太枠内の必要事項を記入し、特定健康診査受診票(事前に問診欄をご記入ください)とともに受付へご提出ください。
- 3 受診対象基準をすべて満たさないと受診できませんのでご了承ください。

実施期間: 令和4年6月1日(水)～令和5年1月31日(火)

美濃病院 みの健康管理センター 33-5050	受診日
予約受付時間 平日13時00分～17時00分	令和 年 月 日

※ご予約の際は、「国保ドックの予約です」とお伝えください。