

関川村長様

次のとおり関川村国民健康保険・後期高齢者医療保険人間ドックを受けたいので申し込みます。

なお、保健指導・特定健康診査等のため、関川村及び各保険者へ人間ドック受診結果を提供することに同意します。

結果については私の今後の保健指導及び健康相談を実施するとき並びに特定の個人が識別されないことがない方法で統計・調査研究を実施する場合に限り使用することを同意します。

世帯主氏名
住所
関川村大字

①	加入保険種類	※どちらかを○で囲んでください	国保・後期	被保険者番号		
	フリガナ			性別	男・女	
	氏名			電話番号	- -	
	生年月日		年 月 日 (歳)			
	助成条件確認	<input type="checkbox"/> 裏面記載の助成条件を全て満たしています。(確認の上、□にチェック(✓)を記入してください)				
	健診機関 (裏面参照)	※1~7の番号を記入	※下越総合開発センターのみ	胃部検査 (裏面参照)	※どちらかを○で囲んでください。 胃カメラ・バリウム	
受診希望月	令和 年 月 (受診期限 令和8年1月末)					

②	加入保険種類	※どちらかを○で囲んでください	国保・後期	被保険者番号		
	フリガナ			性別	男・女	
	氏名			電話番号	- -	
	生年月日		年 月 日 (歳)			
	助成条件確認	<input type="checkbox"/> 裏面記載の助成条件を全て満たしています。(確認の上、□にチェック(✓)を記入してください)				
	健診機関 (裏面参照)	※1~7の番号を記入	※下越総合開発センターのみ	胃部検査 (裏面参照)	※どちらかを○で囲んでください。 胃カメラ・バリウム	
受診希望月	令和 年 月 (受診期限 令和8年1月末)					

③	加入保険種類	※どちらかを○で囲んでください	国保・後期	被保険者番号		
	フリガナ			性別	男・女	
	氏名			電話番号	- -	
	生年月日		年 月 日 (歳)			
	助成条件確認	<input type="checkbox"/> 裏面記載の助成条件を全て満たしています。(確認の上、□にチェック(✓)を記入してください)				
	健診機関 (裏面参照)	※1~7の番号を記入	※下越総合開発センターのみ	胃部検査 (裏面参照)	※どちらかを○で囲んでください。 胃カメラ・バリウム	
受診希望月	令和 年 月 (受診期限 令和8年1月末)					

④	加入保険種類	※どちらかを○で囲んでください	国保・後期	被保険者番号		
	フリガナ			性別	男・女	
	氏名			電話番号	- -	
	生年月日		年 月 日 (歳)			
	助成条件確認	<input type="checkbox"/> 裏面記載の助成条件を全て満たしています。(確認の上、□にチェック(✓)を記入してください)				
	健診機関 (裏面参照)	※1~7の番号を記入	※下越総合開発センターのみ	胃部検査 (裏面参照)	※どちらかを○で囲んでください。 胃カメラ・バリウム	
受診希望月	令和 年 月 (受診期限 令和8年1月末)					