

胎内市国民健康保険人間ドック等費用助成申請書

氏 名		被保険者の 記号番号	胎内
生年月日	昭和 年 月 日	電話番号	
住 所	〒 胎内市		
令和7年4月1日以降に人間ドック又は 胎内市で実施している集団健診の受診の有無		有 ・ 無	
上記のとおり、胎内市国民健康保険人間ドック等費用の助成を申請します。 なお、私の保健指導及び健康相談の実施並びに統計・調査研究に活用するため、胎内市が受 診機関から健診結果の提供を受けることに同意します。 令和 年 月 日 (あて先) 胎 内 市 長 受 診 者 氏 名 : _____ (自署又は記名押印)			

受診希望医療機関に○を付けてください。				
指定医療機関		下越総合健康開発センター 新発田市本町4-16-83		
		新潟縣健康管理協会 新潟市中央区新光町11-1		
		新潟勤労者医療協会下越病院 新潟市秋葉区東金沢1459-1		
		厚生連村上総合病院 村上市緑町五丁目8番1号		
		新潟県けんこう財団 新潟市中央区紫竹山2-6-10		
		新潟県労働衛生医学協会（フーカ健康増進センターほか） 新潟市中央区川岸町1-39-5		
		新潟県立坂町病院 村上市下鍛冶屋589		
		厚生連豊栄病院 新潟市北区石動1-11-1		
		新潟脳外科病院 新潟市西区山田3057		
		新潟リハビリテーション病院 新潟市北区木崎761番地		
その他の 医療機関		名 称 : 所在地 : ※特定健診の項目を全て含む人間ドックを実施		
受 診 希 望 日		令和 年 月 日		
喀たん検診希望の有無 (別料金)		有 ・ 無		
胸部・腹部C T 検査希望 (別料金)		有 ・ 無		
(その他の医療機関 希望者のみ記入) 助 成 金 振 込 金 融 機 関 名	銀 農 金 其 行 協 庫 他		□ 座 番 号	□座名義人
	支 種 店 別			ﾌｨｶﾞﾅ