

令和2年度

- 福井市国民健康保険
- 福井市長寿（後期高齢者）

一日人間ドック応募用紙

※太枠内をご記入ください。

ふりがな			
氏名			
生年月日		昭和・平成	年 月 日
住所		〒 -	
電話番号			
希望健診機関名		第1希望	
		第2希望	
		第3希望	
令和元年度	この助成を受けていない人（○を記入）		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 応募締切: 令和2年4月6日(月)必着 </div>
	特定健診を受けた人（○を記入）		

以下、福井市記入欄

被保険者証番号	国保	- -	男・女
	後期		
資格あり ・ 資格なし			
【資格なしの理由】	<input type="checkbox"/> 福井市国民健康保険または後期高齢者医療制度の加入者でない <input type="checkbox"/> 保険税を完納していない <input type="checkbox"/> 【後期】令和元年度に助成を受けている		
【優先なしの理由】	<input type="checkbox"/> 【国保】令和元年度に助成を受けている・特定健診を受けていない <input type="checkbox"/> ()		

入力	確認	受付	受付日