

令和5年度 福井市国民健康保険「脳ドック」応募用紙

応募締切: 令和5年10月2日(月)

※太枠内をご記入ください。(全て必須項目です)

ふりがな			
氏 名			
生年月日	昭和	年	日
住 所	〒 -		
電話番号			
希望検診機関	<p>※必ずいずれか1つに✓を入れてください。(2つ以上✓を入れた場合は無効です)</p> <p><input type="checkbox"/>大森整形外科リウマチ科 <input type="checkbox"/>奥村病院 <input type="checkbox"/>福井県済生会病院</p> <p><input type="checkbox"/>福井厚生病院 <input type="checkbox"/>福井赤十字病院 <input type="checkbox"/>福井総合クリニック <input type="checkbox"/>松原病院</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>※希望検診機関の抽選に外れた場合、他の検診機関を希望しますか。 (いずれかに✓)</p> <p><input type="checkbox"/>希望する <input type="checkbox"/>希望しない</p>		
令和5年度の 健康診査受診日 (特定健診・人間ドック・ 事業主健診)	令和	年	日
			<input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 受診予定
	(受診会場:)		

※希望検診機関の抽選に外れて他の検診機関での受診となった場合、空きがある検診機関の中から市が指定させていただきますので、ご了承ください。

※ご提供いただいた個人情報及び被保険者番号を当選検診機関へ提供させていただきますので、ご同意の上、お申し込みください。

以下、福井市記入欄

被保険者証記号番号	- -
	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加入者でない <input type="checkbox"/> 対象外年齢 (令和5年4月1日現在で50歳以上70歳未満でない) <input type="checkbox"/> 過去に助成を受けている (令和2年度～令和4年度) <input type="checkbox"/> 保険税の滞納あり <input type="checkbox"/> 令和5年度に特定健診を受診していない かつ 受診予定がない <input type="checkbox"/> その他 ()

入 力	確 認	受 付	受 付 日