令和６年度　福井市国民健康保険一日人間ドック応募用紙

応募締切：令和6年4月1日(月)必着

※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・平成　　年　　月　　日 (昭和25年4月1日以降の方が対象です)	
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	
希望健診機関の抽選に外れた場合、他の健診機関での受診を希望		する　・　しない
該当する場合○を記入	令和5年度に福井市一日人間ドックの助成を受けた	
	令和5年度に特定健診を受診した	

※希望健診機関の抽選に外れて他の健診機関での受診となった場合、空きがある健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健診機関へ提供させていただきますので、同意の上、ご応募ください。

以下、福井市記入欄

被保険者番号	－　　－	男・女
資格あり　・　資格なし		
【資格なしの理由】	□ 福井市国民健康保険の加入者でない	
	□ 保険税を完納していない	
	□ 対象外年齢(生年月日が昭和25年3月31日以前)	
	□ その他 (　　)	
【優先なしの理由】	□ 令和5年度に助成を受けているか、特定健診を受けていない	

入　力	確　認	受　付	受付日