

国民健康保険人間ドック健診申込書

の部分を記入してください。

令和6年 2月 21日

古河市長 宛て

〒 306-

0291

健診希望者と日中連絡がとれる電話番号を記入してください。	住所	古河市 下大野 2248
	世帯主	古河 一郎
	電話番号	090-1234-5678

来庁者(世帯主以外の方が来庁した場合) 古河 花子 電話番号 090-1111-2222

世帯主以外が申請する場合は、申請者名を記名してください。

次のとおり古河市国民健康保険人間ドック健診申込み用紙を提出してください。

保険証の右上にある8ケタの番号です。

受診希望者	氏名	古河 一郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 · 女
	生年月日	昭和 25 年 4 月 15 日 (昭和 25 年 4 月 1 日～昭和 60 年 3 月 31 日)	年齢	74 歳 (年齢は令和 7 年 3 月 31 日現在)

医療機関名 希望月と上部消化管(胃・食道・十二指腸)の希望検査方法に○を記入してください。	第1希望			第2希望		
	希望月 (8 月)			希望月 (10 月)		
	レントゲン	内視鏡	CT	レントゲン	内視鏡	CT
1 茨城西南医療センター病院		<input checked="" type="radio"/>				
2 古河赤十字病院						
3 古河総合病院						
4 田中医院						
5 つるみ脳神経病院						
6 西村外科						
7 平嶋胃腸科外科医院						
8 ホスピタル坂東						
9 山中医院						
10 友愛記念病院					<input checked="" type="radio"/>	

希望する医療機関と胃の検査方法に○を記入してください。

ご希望に添えない場合もありますので、第1希望および第2希望(異なる医療機関)を選択してください。

医療機関への連絡事項 車椅子使用

保険証(見本)

被保険者証	令和〇年〇月〇日	記号 古河 (枝番)	
氏名	古河 一郎	番号 12345678	01
生年月日	昭和〇年〇月〇日	記入する8ケタの番号	
適用開始年月日	平成〇年〇月〇日		
世帯主氏名	古河 一郎		

年1月末現在 有り · 無し

医療機関への連絡事項がありましたら記入してください。

年齢、性別、希望する検査項目を記入してください。