

(2次募集) 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7年 5月 15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）氏名 古河 花子 電話番号 090-1111-2222

次のとおり古河市国民健康保険人 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。

被保険者 記号番号	記号	古河	番号	※未記入（市記入欄）
--------------	----	----	----	------------

受診希望者	(フリガナ)	コガ イチロウ	性別	男・女
	氏名	古河 一郎		
	生年月日	昭和 26 年 4 月 15 日 (昭和 26 年 4 月 1 日～昭和 61 年 3 月 31 日)	年齢	74 歳 (年齢は令和 8 年 3 月 31 日現在)

医療機関名			第 1 希望			第 2 希望		
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。			希望月 (8 月)			希望月 (10 月)		
	受入可能月		バリウム	内視鏡	CT	バリウム	内視鏡	CT
1 茨城西南医療センター病院	12 月～			○				
2 古河赤十字病院	5 月～							
3 古河総合病院	10 月～							
4 田中医院	6 月～							
5 ホスピタル坂東	7 月～							
6 友愛記念病院	11 月～							

・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。
※胃の検査を希望しない場合は「胃
検査なし」と記入してください。
・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。

※介助が必要な方、家族等と同日での人間ドック健診を希望する方は医療機関によって対応が
できない場合があります。直接、医療機関に連絡して、ご確認ください。

国民健康保険税の未納の有無

(令和7年3月末現在) 有り ・ 無し

(注意事項)

- ・個人情報（住所、電話番号、世帯主氏名並びに受診希望者の氏名、性別、生年月日、年齢、被保険者記号番号及び検査結果）について、上記の医療機関や保健指導・介護予防の目的以外に情報を提供することはありません。
- ・審査時に国民健康保険税の納付状況を確認させていただきます。
- ・別紙「申込時の注意事項」を必ず確認の上、申込みをしてください。