

国民健康保険人間ドック健診申込書

令和 年 月 日

古河市長 宛て

〒 306- _____

申込者（世帯主）	住 所	古河市
	世帯主	
	電話番号	

来庁者（世帯主以外の方が来庁した場合）氏名 _____ 電話番号 _____

次のとおり古河市国民健康保険人間ドック健診を受けたいので申し込みます。

被保険者 記号番号	記号	古河	番号						
受診希望者	(フリガナ)			性別	男 ・ 女				
	氏名								
	生年月日	昭和 年 月 日 (昭和 27 年 4 月 1 日～昭和 62 年 3 月 31 日)		年齢	歳 (年齢は令和 9 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 (月)			希望月 (月)		
				バリウム	内視鏡	C T	バリウム	内視鏡	C T
1	茨城西南医療センター病院								
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								

※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 8 年 1 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。		