

受付番号 _____
整理番号 _____

令和6年度 節目健診（人間ドック）受診申込書

申込日 令和 年 月 日

宇土市長 宛

※太枠内を記入してください。

郵便番号： 869 - _____

住 所： 宇土市 _____

世帯主氏名： _____

保険証番号： 宇土 _____

下記のとおり節目健診（人間ドック）の受診を申し込みます。

併せて、私及び私の世帯の納税状況の確認、健診機関に対して市から私の個人情報を通知すること、また健診結果が健診機関から市へ報告されることに世帯員全員が同意します。

健診結果によって必要と認められた場合は、特定保健指導を受けることに同意します。

1 受診希望者氏名	フリガナ	男 ・ 女
2 連絡先	(電話) — —	
3 生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳)	
4 受診希望月	※今年4月～翌年3月の間で記入してください。 第1希望： 月 第2希望： 月	
5 健診コース ※コース一覧表1～28のうち、 希望する健診機関・健診コ ースの番号・コース名をご 記入ください。	健診機関	
	コース番号	
	コース名	
6 オプション検査希望 (別料金)	※希望がある場合、検査名を記入してください。	

市確認欄	国保税納税状況	完納 ・ 滞納有
	令和6年度市健診受診の有無	受診無 ・ 受診有 (特定健診・がん検診)