

特定健康診査・後期高齢者の健康診査受診券交付申請書兼同意書

下記1、2について申請・同意します。

石岡市長 あて

申請日	令和 年 月 日
保険区分	<input type="checkbox"/> 石岡市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療
被保険者 記号・番号	
住所	石岡市
氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)
電話番号	()

1. 申請内容

1) 受診券の種類 (☑をつける)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 特定健康診査受診券
<input type="checkbox"/> 後期高齢者の健康診査受診券 |
|--|

2) 申請理由 (☑をつける)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 紛失
<input type="checkbox"/> 棄損 |
| <input type="checkbox"/> 新規 (適用開始年月日: 年 月 日) |

2. 同意内容

- 同一年度内に2回以上集団健診、医療機関健診、人間ドック等で特定健康診査・後期高齢者の健康診査を受診しないこと。
- 特定健康診査・後期高齢者の健康診査を2回以上受診した場合は、1回を超える分の健康診査受診料実費(市負担分)について返還すること。

確認	主 員 別 (免マ他) 委任状	来 庁 者	TEL _____
----	-----------------------	-------------	-----------