

# 井原市国民健康保険 人間ドック・脳ドック受診申込書

井原市長 様

井原市国民健康保険人間ドック・脳ドックについて申し込みます。

令和 年 月 日

ご注意ください

- ・対象者は40歳以上の井原市国民健康保険の加入者です。ただし、国民健康保険税の滞納がある世帯の方は申込みできません。
- ・同一年度で人間ドックと特定健康診査を重複して受診できません。
- ・受診日当日に、井原市国民健康保険の被保険者でない場合は受診できません。

住所

氏名

電話番号

→内容等について連絡することがありますので、日中つながる電話番号を記入してください。

国保被保険者番号	性別	希望の受診方法を○で囲んでください		大腸がん検査(検便)	視力・聴力検査	脳ドック	同時受診希望の市の個別検診 希望する検診があれば○をつけてください					受診医療機関等 記入欄		受診決定日	
		ドックの種類	胃の検査				子宮がん	乳がん	前立腺がん	胃がんリスク(ABC)	骨粗鬆症	希望医療機関名	受診希望月		
岡6															
フリガナ 氏名	男	全項目	バリウム	有	有	有	対象年齢 ※年度末年齢(令和9年3月31日時点)					(人間ドック)	(人間ドック) 第1希望 月 日( ) 第2希望 月 分~ いつでもよい	(人間ドック) 月 日( ) 時 分~	
生年月日 昭和 年 月 日	女	胸部レントゲンを除く	カメラ	無	無	無	20歳以上の女性	40歳以上の女性	50歳以上の男性	20歳以上の5歳刻みの年齢の人	30~70歳の5歳刻みの年齢の女性	(脳ドック)	(脳ドック) 第1希望 月 日( ) 第2希望 月 分~ いつでもよい	(脳ドック) 月 日( ) 時 分~	
フリガナ 氏名	男	全項目	バリウム	有	有	有	対象年齢 ※年度末年齢(令和9年3月31日時点)					(人間ドック)	(人間ドック) 第1希望 月 日( ) 第2希望 月 分~ いつでもよい	(人間ドック) 月 日( ) 時 分~	
生年月日 昭和 年 月 日	女	胸部レントゲンを除く	カメラ	無	無	無	20歳以上の女性	40歳以上の女性	50歳以上の男性	20歳以上の5歳刻みの年齢の人	30~70歳の5歳刻みの年齢の女性	(脳ドック)	(脳ドック) 第1希望 月 日( ) 第2希望 月 分~ いつでもよい	(脳ドック) 月 日( ) 時 分~	

◆申込み希望者：連絡事項等記入欄  
 \*連絡が付きやすいおおよその時間 ( 年 月 )  
 \*前年度 人間・脳ドック受診月 ( 年 月 )  
 \*その他 [ ]

市民課 処理	納付確認	処理日	人間ドック	日付印と受付者サイン
	受診可		脳ドック	
	受診不可			

# 井原市国民健康保険 人間ドック・脳ドック受診申込書【記入例】

井原市長 様

井原市国民健康保険人間ドック・脳ドックについて申し込みます。

令和 8 年 5 月 1 日

ご注意ください

- 対象者は40歳以上の井原市国民健康保険の加入者です。ただし、国民健康保険税の滞納がある世帯の方は申込みできません。
- 同一年度で人間ドックと特定健康診査を重複して受診できません。
- 受診日当日に、井原市国民健康保険の被保険者でない場合は受診できません。

住所 井原市井原町311-1

氏名 井原 太郎

電話番号 080-XXXX-XXXX

→内容等について連絡することがありますので、日中つながる電話番号を記入してください。

国保被保険者番号	性別	希望の受診方法を○で囲んでください		大腸がん検査(検便)	視力・聴力検査	脳ドック	同時受診希望の市の個別検診希望する検診があれば○をつけてください					受診医療機関等 記入欄		受診決定日
		ドックの種類	胃の検査				子宮がん	乳がん	前立腺がん	胃がんリスク(ABC)	骨粗鬆症	希望医療機関名	受診希望月	
岡6 4000XXXX							対象年齢 ※年度末年齢(令和9年3月31日時点)					(人間ドック)	(人間ドック)	(人間ドック)
フリガナ イバラ タロウ 氏名 井原 太郎	男	全項目	バリウム	有	有	有	20歳以上の女性	40歳以上の女性	50歳以上の男性	20歳以上の5歳刻みの年齢の人	30~70歳の5歳刻みの年齢の女性	〇〇病院	第1希望 8 月 第2希望 9 月 いつでもよい	月 時 分~
生年月日 昭和 30 年 1 月 1 日	女	胸部レントゲンを除く	カメラ	無	無	無			〇			(脳ドック)	第1希望 月 月 第2希望 月 月 いつでもよい	月 時 分~
		胸部・胃の検査を除く	カメラ											
フリガナ イバラ ハナコ 氏名 井原 花子	男	全項目	バリウム	有	有	有	20歳以上の女性	40歳以上の女性	50歳以上の男性	20歳以上の5歳刻みの年齢の人	30~70歳の5歳刻みの年齢の女性	〇〇病院	第1希望 8 月 第2希望 9 月 いつでもよい	月 時 分~
生年月日 昭和 36 年 5 月 1 日	女	胸部レントゲンを除く	カメラ	無	無	無	〇	〇		〇	〇	(脳ドック)	第1希望 8 月 第2希望 9 月 いつでもよい	月 時 分~
		胸部・胃の検査を除く	カメラ									井原市民病院		

◆申込み希望者：連絡事項等記入欄  
 \*連絡がつきやすいおおよその時間 ( 午前中 )  
 \*前年度 人間・脳ドック受診月 ( 7 年 8 月 )  
 \*その他 [ 夫婦同じ日に受診したい など ]

市民課 処理	納付確認	処理日	人間ドック	日付印と受付者サイン
	受診可		脳ドック	
	受診不可			