

記入例

受付番号 No. _____

鳥栖市国民健康保険人間ドック等受診申込書

令和 8年 4月 10日

鳥栖市国民健康保険の人間ドック等の受診を次のとおり申込みます。

なお、国民健康保険事業運営及び特定健康診査の資料として、指定医療機関から市長への健診結果の通知について承諾します。

鳥栖市長 様

郵便番号 841-0000

申込者 住所 鳥栖市〇〇町×××-×

氏名 鳥栖 太郎

電話番号 090-1111-1111

被保険者 記号番号	鳥 1234567	世帯主 氏名	鳥栖 太郎		
受診者氏名	鳥栖 太郎		性別	男	
生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	年齢（年度末）	70歳		
ドック種別	人間ドック		脳ドック		
受診医療 機関名	<input checked="" type="checkbox"/> 今村病院 <input type="checkbox"/> やよいがおか鹿毛病院 <input type="checkbox"/> 聖マリアヘルスケアセンター <input type="checkbox"/> 新古賀クリニック <input type="checkbox"/> 鳥越脳神経外科クリニック <input type="checkbox"/> 大島病院 <input type="checkbox"/> 嶋田病院				

受診決定伺

係 係長 課長補佐 課長 受付年月日 年 月 日

《注意》

○ 申込者及び太枠の中は、もれなく記入し保険年金課へ提出又は郵送してください。

記入漏れ等はお電話で確認する場合がございますので、日中連絡が取れる電話番号をご記入ください。

【郵送先】〒841-8511 鳥栖市宿町1118 鳥栖市役所 保険年金課

○ 申込書の審査後、受診者のご自宅あてに受診券等を郵送いたします。