

様式第1号(第7条関係)

七尾市国民健康保険

人間ドック等検査申込書兼助成金申請書

受付番号	
------	--

今年度、七尾市国民健康保険の特定健康診査を受診しましたか。(○で囲んでください)	はい ・ いいえ
--	----------

受診者住所	〒 -				
	電話( ) -				
被保険者 記号・番号		世帯主氏名			
フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	生年月日	(年齢 歳)
受診希望 検査機関名					

七尾市国民健康保険《人間ドック(1泊2日)・脳ドック・併用》の検査を上記により申込みいたします。受診後、助成金 円の支給を受けたいので合わせて申請します。

年 月 日

七尾市長

世帯主

情報提供同意書	
人間ドック等の検査並びに検査内容が重複する特定健診の結果を、保健指導業務を適正に行うため、その情報を七尾市健康推進課に提供することに同意します。	
年 月 日	本人署名 _____
※代筆された方は、ご自分の署名もお願いいたします。 _____	

受付者	
-----	--