

令和 7 年度 我孫子市国民健康保険短期人間ドック利用申請書

我孫子市長あて

短期人間ドックを受診したいので、我孫子市国民健康保険健康短期人間ドック事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

1 確認事項

受診する予定の日において、40 歳以上 75 歳未満である。	<input type="checkbox"/> は い
受診する予定の日において、我孫子市国民健康保険に継続して加入している期間が 1 年以上である。	<input type="checkbox"/> は い
申請する日において、納期が到来している国民健康保険税は納付済みである。	<input type="checkbox"/> は い
人間ドックの受診に支障はなく、また、妊娠中ではない。	<input type="checkbox"/> は い
本年度は、特定健康診査又は市が費用を助成する健康診査を受診しない。	<input type="checkbox"/> は い
市が負担する費用は、受診に要した費用の 7 割に相当する額（上限 25,000 円）であることを了承する。	<input type="checkbox"/> は い
短期人間ドックの結果を市が実施する次の (1) 及び (2) のために使用することに同意する。 (1) 特定保健指導 (2) 被保険者の更なる健康の保持及び増進並びに医療費の適正化を目的とした通知、案内等	<input type="checkbox"/> は い

2 申請者（受診者）

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日 （ 歳）
住 所	
電 話 番 号	（ ） —

記入見本

窓口に申請をする日付をご記入ください。
(郵送時はポストに投函する日付)

令和×年××月××日

令和7年度 我孫子市国民健康保険短期人間ドック利用申請書

我孫子市長あて

短期人間ドックを受診したいので、我孫子市国民健康保険健康短期人間ドック事業実施要綱第5条の規定により、次のと

確認事項をお読みいただきチェックしてください。

1 確認事項

受診する予定の日において、40歳以上75歳未満である。	<input checked="" type="checkbox"/> はい
受診する予定の日において、我孫子市国民健康保険に継続して加入している期間が1年以上である。	<input checked="" type="checkbox"/> はい
申請する日において、納期が到来している国民健康保険税は納付済みである。	<input checked="" type="checkbox"/> はい
人間ドックの受診に支障はなく、また、妊娠中ではない。	<input checked="" type="checkbox"/> はい
本年度は、特定健康診査又は市が費用を助成する健康診査を受診しない。	<input checked="" type="checkbox"/> はい
市が負担する費用は、受診に要した費用の7割に相当する額(上限25,000円)であることを了承する。	<input checked="" type="checkbox"/> はい
短期人間ドックの結果を市が実施する次の(1)及び(2)のために使用することに同意する。 (1) 特定保健指導 (2) 被保険者の更なる健康の保持及び増進並びに医療費の適正化を目的とした通知、案内等	<input checked="" type="checkbox"/> はい

枠内を全てご記入ください。

2 申請者(受診者)

氏名	我孫子 花子
生年 月 日	昭和 ××年 ××月 ××日 (×× 歳)
住所	我孫子市我孫子1858番地
電話番号	(×××) ×××× - ××××