

(宛先) 三条市長

次のとおり総合健康診断を受診したいので申請します。

また、私は、受診の決定に当たり市が後期高齢者医療の保険料の納付状況について確認すること並びに総合健康診断で得られた結果を自らの健康管理を行うために三条市及び新潟県後期高齢者医療広域連合へ提供することに同意します。

なお、当該結果については、私の今後の保健指導及び健康相談を実施する場合並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施する場合に限り使用することに同意します。

		令和 年 月 日	
受 診 者	住 所	三条市 (電話 — ) (携帯 — )	
	フリガナ	性 別	男 ・ 女 <small>※戸籍上の性別に○を付けてください。</small>
希 望 者	氏 名		
	生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)	
	被保険者番号	フリガナ	
		世帯主名	
	受 診 希 望 月	第1希望 月	第2希望 月
	★ 予約済の方はこちらに記入	受診日 月 日	

契約健診機関 (希望するものに○をつけてください。既に三条市の健康診査を受けている場合は、人間ドックの助成対象外となります。また、胃カメラは追加料金が必要な健診機関があります。)

- |                     |                                      |
|---------------------|--------------------------------------|
| 1 済生会三条病院           | (胃部検診 胃カメラ・バリウム・希望しない)               |
| 2 新潟県労働衛生医学協会       |                                      |
| (1) 県央健診スクエア        | (胃部検診 胃カメラ・バリウム・希望しない)               |
| (2) 岩室成人病検診センター     | (胃部検診 バリウム・希望しない)<br>(送迎希望 あり ・ なし ) |
| (3) 新潟健診スクエア        | (胃部検診 胃カメラ・バリウム・希望しない)               |
| (4) プラーカ健康増進センター    | (胃部検診 胃カメラ・バリウム・希望しない)               |
| (5) アクアレー長岡健康増進センター | (胃部検診 バリウム・希望しない)                    |
| 3 新潟県健康管理協会         | (胃部検診 胃カメラ・バリウム・希望しない)               |
| 4 新潟県けんこう財団         |                                      |
| (1) 新潟健診プラザ         | (胃部検診 胃カメラ・バリウム・希望しない)               |
| (2) 西新潟健診プラザ        | (胃部検診 胃カメラ・バリウム・希望しない)               |
| (3) 長岡健康管理センター      | (胃部検診 胃カメラ・バリウム・希望しない)               |
| 5 新潟県保健衛生センター       | (胃部検診 胃カメラ・バリウム・希望しない)               |
| 6 たちかわ総合健診センター      | (胃部検診 胃カメラ・バリウム・希望しない)               |
| 7 長岡赤十字病院           | (胃部検診 胃カメラ・バリウム・希望しない)               |
| 8 長岡中央総合病院          | (胃部検診 胃カメラ・バリウム・希望しない)               |
| 9 新潟脳外科病院           | (胃部検診 胃カメラ・バリウム・希望しない)               |

(ここから下は記入しないでください)

調 査	後期高齢者医療保険料納付状況	年度 期分まで納入	
	被 保 険 者 資 格 取 得 日	昭・平・令 年 月 日	
結 果	可 ・ 否 (理由)	受診券	確認済・未・回収
受診年月日	令和 年 月 日	処理No.	