

柳井市国民健康保険『短期入院』人間ドック利用申込書

令和 年 月 日

(宛先) 柳井市長

世帯主

柳井市国民健康保険 短期入院 人間ドックを利用したいので、申し込みます。

被保険者番号	山12 60 - -		
人間ドック利用者氏名	フリガナ	性別	男・女
生年月日	昭和・平成	年	月 日 生まれ
利用日	令和	年	月 日 ~ 月 日
希望医療機関	周 東 総 合 病 院		

●希望する検査項目に○を、希望しない検査項目に×を記入してください。

検査項目	自己負担額	希望する
短期人間ドック（一泊二日）	35,112 円	
追加項目 脳ドック（70歳未満）	3,498 円	

●胃検査について、胃透視（バリウム利用の直接撮影）か胃カメラかを指定してください。

① 胃透視 (バリウム利用の直接撮影)	② 胃カメラ	③ 胃検査なし (理由)
------------------------	--------	------------------

●人間ドック申込みにあたり、以下のことを確認しました。

- 人間ドックの検査結果を特定保健指導等の参考資料とすることに同意します。
- 同じ年度内に市国保の特定健診を受診した場合は、その経費を全額自己負担します。

※事務処理欄 本人確認 個人番号カード、 免許証、 資格確認書、 その他()回収 特定健診受診券

受付担当者