

総合健康診断受診申請書(脳ドック)

※ 総合健康診断を申請される方へ

総合健康診断の受診結果については診断委託先の医療機関から報告を受け、保健指導等の資料として利用させていただきますのでご了承ください。

| | | | | |
|-------|-----------------|-------------------|----|-----|
| 受診希望者 | 住所 | | | |
| | 氏名 | | 性別 | 男・女 |
| | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 (満 歳) | | |
| | 加入医療保険 記号 番号 | | | |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

番 号

住所 見附市 町 丁目

申請人

番地

氏名 (世帯主)

電 話

(宛先) 見附市長

※ ここからは記入しないでください。

| | | | | | |
|-----------------|-------------|----|----|----|---|
| 調 査 | 国民健康保険税収納状況 | | | | |
| 結 果 | 可 ・ 否 (理 由) | | | | |
| 受診年月日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| 決 裁 令和 年 月 日 | | 課長 | 補佐 | 係長 | 係 |
| | 課長専決 | | | | |

総合健康診断受診申請書（脳ドック用）

脳ドックの申込みをされる方は以下の表のご希望の検診機関を一つ選び☑を入れ、予約日を記入してください。

脳ドック検診機関

| 受診希望 | 名称 | 住所 | 電話番号 | 自己負担額 (税込)※ | 基本料金 (税込)※ | 実施期間 | 予約日 |
|--------------------------|-----------------------------|----------------------------------|--------------|----------------|---------------|----------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | 見附市立病院 | 見附市学校町2丁目 13番50号 | 0258-62-2800 | 16,500円 | 55,000円 | 4月～3月 金曜日のみ | 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | 新潟県労働衛生医学協会 新潟健診スクエア | 新潟市西区北場 1185-3(新潟ウエルネ ス隣接) | 025-378-1201 | 14,850円 | 49,500円 | 4月～3月 | 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | 新潟県けんこう財団 新潟健診プラザ | 新潟市中央区紫竹山 2丁目6番10号 | 025-245-1111 | 11,550円 | 38,500円 | 4月～3月 | 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | 新潟県けんこう財団 長岡健康管理センター | 長岡市千秋2丁目 229番地1 | 0258-28-3555 | 11,550円 | 38,500円 | 4月～3月 | 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | 立川メディカルセンター たちかわ総合健診センター | 長岡市旭岡1-24 | 0258-36-6221 | 11,550円 | 38,500円 | 4月～3月 | 月 日 |

● 会場への送迎はありません。