|  |
| --- |
| 受付印 |
|  |

**令和５年度 後期高齢者健康診査(個別健診) 受診申込(受付)書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号  ※町で記入 |  | | | |
| 受　診　者 | フリガナ  氏　　名 |  | 性　別 | 男 ・ 女 |
|  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 歳 |
| 住　　所 | 高根沢町 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 受診予定年月日 | 年　　　月　　日（　　）  　※６月１日から１月３１まで。時間がわかっている場合は右空欄に記載。 | | | |
| 受診機関名 | １ 　阿久津医院  ２ 　菅又病院  ３ 　関根クリニック  ４ 　高根沢中央病院  ５ 　中津川循環器科内科クリニック  ６ 　深澤クリニック  ７ 　まなか医院 | | | |
| 受診要件 | １　 後期高齢者医療への加入　　　　　　　　　有　　　無  ２　 今年度中の集団健診の受診・受診予定　　　有　　　無  ３　 今年度中のがん健診の受診・受診予定　　　有　　　無  ４ 　今年度中の人間ドック・脳ドックの  　　 受診（助成）・受診（助成）予定　　　　　 有　　　無  ※２・４は個別検診との重複受診はできない旨を説明（実費負担）。  ※３の場合は受診予定日を確認するか、希望者はその場で申込みしてもらう。 | | | |
| 備考 | ※がん検診の受診（申込）状況等、気づいたことを記入。 | | | |

※基本コード（職員記入）