

受付印

## 令和6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日まで。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		
受診要件	1 後期高齢者医療への加入 2 今年度中の集団健診の受診・受診予定 3 今年度中のがん健診の受診・受診予定 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 有 有 有	無 無 無 無
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)