

柏原市国民健康保険総合健康診断申請書

- [
 1. 人間ドック  
 2. 人間ドック（脳検査つき）
 ]

受付番号					
7 -					
被保険者 記号番号	受診を希望される 被保険者氏名	生年月日	年齢	性別	世帯主との 続柄
柏 国	(フリガナ)	平成 昭和	年 月 日 歳	男・女	
最近6ヶ月以内の内臓または 脳疾患の治療の有無	有 ・ 無	受診予定日 (予約日)	令和 年 月 日		
受診希望機関	1. 市立柏原病院 2. 医真会八尾総合病院健康管理センター 3. 鳳総合健診センター 4. 三恵クリニック 5. 安田クリニック 6. 大野クリニック 7. マイヘルスクリニック 心斎橋院 8. 大阪公立大MedCity21				
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 柏原市長様					
世帯主	住所 柏原市 氏名 電話番号				
申請者	氏名 電話番号				
受診者連絡先（上記と異なる場合）					
※ 保 険 者 処 理 欄					
備考				宛名番号	
審査事項	受付係員	収納	可 ・ 不可 担当 ( )	加入期間	可 ・ 不可
特定健診同時受診	対象外 (30~39歳)	対象 (40歳以上)	受診券	持参有 ・ 持参無	紛失
通知書発送日	年 月 日				