

令和8年度 備前市国保人間ドック受診申込書

備前市長様

令和 年 月 日



受付印

住所	備前市		
ふりがな			
氏名			
生年月日	昭	平	年 月 日
連絡先電話			

※日中に必ず連絡が取れる番号をご記入ください。

次のとおり、令和8年度の人間ドックの受診を申し込みます。

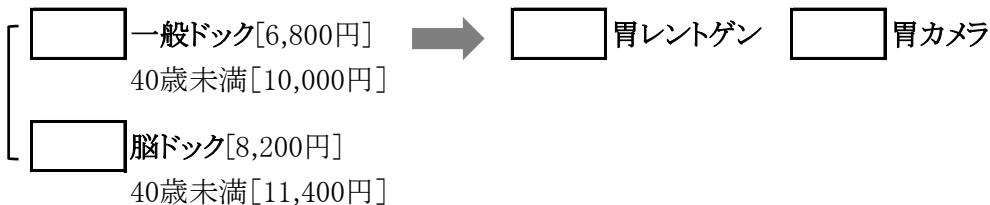
- 申込日現在において国民健康保険税の滞納はありません。
- 本件の申込に係る必要な収納状況を確認することについて同意します。
- 人間ドック等の受診結果を特定健康診査の受診結果として取り扱うことに同意します。

1. 受診医療機関

市立備前病院	一般・脳ドック	木村医院(6~12月)	一般(胃カメラ)
草加病院	一般(胃カメラ)・脳ドック	北川病院	一般(胃カメラ)
市立日生病院	一般(胃カメラ)	平病院	一般
市立吉永病院	一般・脳ドック		
大ヶ池診療所	一般(胃レントゲン)	赤穂市民病院(4~1月)	一般・脳ドック
木村内科	一般(胃カメラ)	赤穂中央病院	一般・脳ドック

2. 受診コース

一般か脳いづれか
をチェック



3. 選択検査項目

…オプション検査につき、複数選択可能です。医療機関で申込や変更はできません。

- 肝炎ウイルス検査 [300円] 眼底検査 [200円]
- ピロリ菌検査 [200円] 肺機能検査 [700円]
- 頸動脈超音波検査 ※脳ドック申込者のみ[1,000円]

4. 特記事項

希望受診月 月 いつでも可 ※必ずご記入ください。

(受付後に受診医療機関と調整いただきますので、ご希望に添えないことがあります)

その他 _____

同時受診者など

※処理欄

受付者	適否	処理番号	脳ドック

生年月日:昭和27年(1952年)4月2日～平成4年(1992年)4月1日生