

# 令和7年度特定健康診査・高齢者健康診査医療機関健診交付申請書

新規  再交付

|                                      |                                |       |              |   |
|--------------------------------------|--------------------------------|-------|--------------|---|
| 受診予定日                                | 令和 年 月 日                       |       | 申請者<br>(続柄 ) |   |
| 医療機関                                 |                                |       |              |   |
| 受<br>診<br>す<br>る<br>被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ                           |       | 電話番号         |   |
|                                      | 氏名                             |       |              |   |
|                                      | 生年月日                           | 年 月 日 | 年齢(受診日時点)    | 歳 |
|                                      | 住所                             | 美浦村   |              |   |
| 交付希望欄<br>(○を記入)                      | 検査項目                           |       |              |   |
|                                      | 特定健康診査(40歳から75歳誕生日前の国民健康保険加入者) |       |              |   |
|                                      | 高齢者健康診査(受診日時点で後期高齢者医療制度の加入者)   |       |              |   |

- 同一年度内の集団健診または人間、脳ドックにおいて、医療機関健診と同一項目を受診した場合は、後に受診した検査項目は全額自己負担になります。
- 健診結果については、健診機関を通じて美浦村に報告され、必要に応じて保健指導等に活用します。

上記を承知の上、申し込みます。

令和 年 月 日

美浦村長 殿

受診者氏名 \_\_\_\_\_

# 令和7年度特定健康診査・高齢者健康診査医療機関健診交付申請書

新規  再交付

|                                      |                                |            |                         |
|--------------------------------------|--------------------------------|------------|-------------------------|
| 受診予定日                                | 令和〇年〇月〇日                       |            | 申請者<br>美浦 太郎<br>(続柄 本人) |
| 医療機関                                 | 〇〇病院                           |            |                         |
| 受<br>診<br>す<br>る<br>被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ                           | ミホ タロウ     | 電話番号<br>029-885-0000    |
|                                      | 氏名                             | 美浦 太郎      |                         |
|                                      | 生年月日                           | 昭和〇年〇月〇日   | 年齢(受診日時点)<br>〇〇歳        |
|                                      | 住所                             | 美浦村 受領1515 |                         |
| 交付希望欄<br>(〇を記入)                      | 検査項目                           |            |                         |
| <input checked="" type="radio"/>     | 特定健康診査(40歳から75歳誕生日前の国民健康保険加入者) |            |                         |
|                                      | 高齢者健康診査(受診日時点で後期高齢者医療制度の加入者)   |            |                         |

同一年度内の集団健診または人間、脳ドックにおいて、医療機関健診と同一項目を受診した場合は、後に受診した検査項目は全額自己負担になります。

健診結果については、健診機関を通じて美浦村に報告され、必要に応じて保健指導等に活用します。

上記を承知の上、申し込みます。

令和〇年〇月〇日

美浦村長 殿

受診者氏名 美浦 太郎