

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	(続柄)
医療機関					
受診する被保険者	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 (○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 ○年 ○月 ○日		申請者	美浦 太郎 (続柄 本人)
医療機関		○○病院			
受診する被保険者	フリガナ	ミホ タロウ		電話番号	029-885-0000
	氏 名	美浦 太郎			
	生 年 月 日	昭和 ○年 ○月 ○日		年 齢 (受診日時点)	○○ 歳
	住 所	美浦村 受領1515			
交付希望欄 (○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 美浦 太郎