

令和7年度国民健康保険特定健康診査申込書

印西市では、40歳以上75歳未満の国民健康保険加入者様を対象に「特定健康診査」(以下、特定健診)を実施しております。(別紙参照)

特定健診を希望される方(新規加入者・再発行希望者)は、この申込書にご記入のうえ提出して下さい。国保年金課への郵送、FAXでの申込も可能です。特定健診に必要な問診票、検尿容器、詳しいご案内を送付いたします。

【申込期限】 印西市国保年金課
窓口で申込 令和7年12月5日(金)まで
郵送およびFAXで申込 令和7年12月5日(金)必着分まで
印旛支所・本埜支所・中央駅前出張所
窓口で申込 令和7年12月5日(金)まで

【申込書提出場所】 印西市役所国保年金課 印旛支所市民サービス課
本埜支所市民サービス課 中央駅前出張所
※すべて平日のみ受付

【お問い合わせ先】 〒270-1396 印西市大森2364番地2
印西市国保年金課給付係 TEL 0476-33-4464
FAX 0476-42-8901

【留意事項】

※次の◇項目に一つでも該当する場合、令和7年度の印西市特定健診は申込みできません。
(下記◇項目に該当し受診した場合は、健診費用相当分を返金いただくこととなります。)

<該当・非該当のどちらかに○を記載してください。>

◇6か月以上病院に入院中の方 該当・非該当

◇令和7年度に印西市人間ドック助成を受けた方、または受ける予定の方 該当・非該当

◇令和7年4月以降、他の事業所や自治体で特定健診をすでに受診した方 該当・非該当

氏名(特定健診を受ける方)	生年月日(40歳以上75歳未満)	備考
	昭和 年 月 日	
	昭和 年 月 日	
	昭和 年 月 日	

被保険者番号： _____ 電話番号： _____

住 所： 印西市 _____

上記のとおり申し込みます。 署 名： _____