

後期高齢者健康診査問診票申込書

(宛先)国保年金課

※太枠内をもれなくご記入ください。

受診券番号	
申込日	令和 年 月 日
被保険者番号	
氏名	
住所	
生年月日	昭和 年 月 日
電話番号	
【発行同意欄】 同一年度内に、下記に記載の健康診査等を重複受診した場合、受診日が2回目以降の受診費用につきまして全額自己負担となることに同意します。 ① 市の特定健康診査 ② 千葉県後期高齢者健康診査 ③ 市の助成制度を利用した人間ドック ご署名 _____	

----- 切り取り線 -----

(本人控用)後期高齢者健康診査問診票申込書

申込日	令和 年 月 日
氏名	
生年月日	昭和 年 月 日
市確認欄	