

令和8年度 神山町国民健康保険 人間ドック・脳ドック申込書

※1 個人の検診結果に基づいて町保健師・管理栄養士が保健指導等に使用することがありますので、ご了承ください。

各ドックへ申し込まれると特定健康診査は受診できません。

※2 申込後、国保資格を喪失した場合は、助成対象外です。

< 受診対象者 > 次の事項をすべて満たしていること。 □にチェックを入れてください。

- 神山町国民健康保険被保険者
- 国民健康保険税完納者
- 昭和32年4月1日生まれから平成9年3月31日生まれの者
- 令和7年4月30日から令和8年3月31日の期間すべてにおいて神山町国保被保険者の者

神山町長 殿

令和 8 年 月 日

私は(人間ドック・脳ドック)の受診を申し込みます。(希望されるドックのいずれか1つを○で囲んでください)

ふりがな			
氏名			
住所	神山町 字		
電話番号	※日中連絡のとれる電話番号を記載してください。		性別 男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	被保険者記号・番号	神山

人間ドック	医療機関		胃カメラ	受診希望日(希望日を記載してください)	
	<input type="checkbox"/>	とくしま未来健康づくり機構	<input type="checkbox"/>	第1希望 月 日 ()	受診期間 7/1~12/20まで
<input type="checkbox"/>	徳島検診クリニック	<input type="checkbox"/>	第2希望 月 日 ()		
<input type="checkbox"/>	徳島県農村健康管理センター	<input type="checkbox"/>	※1 虹の橋病院で胃カメラ検査希望の場合は、病院で予約をとってから申込をお願いします。 ※2 胃カメラは人間ドック申込者のみです。		
<input type="checkbox"/>	虹の橋病院 健診センター	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	たまき青空病院	<input type="checkbox"/>			

脳ドック	医療機関		受診希望日(希望日を記載してください)	
	<input type="checkbox"/>	徳島検診クリニック	第1希望 月 日 ()	受診期間 7/1~12/20まで
<input type="checkbox"/>	虹の橋病院 健診センター	第2希望 月 日 ()		
<input type="checkbox"/>	たまき青空病院			
私は、以下のものに該当します。(該当するものに○をつけてください)				
() 高血圧で治療中もしくは健診等で高血圧を指摘されたことがある。				
() 血縁者に脳疾患の人がいる。				
() 頭痛・言葉がしゃべりにくい・手足のしびれなどの自覚症状がある。				

オプション	

申込期限: 令和8年5月22日(金) 税務保険課 必着 (期限後の申込は受付できません。)