第１号様式（第５条関係）

大和市人間ドック利用申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　　大　和　市　長　あて  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申　請　者（利用者）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話  私は人間ドック利用券の交付申請を行います。また、申請にあたって、下記の事項について同意します。  ・保険年金課職員が利用資格の審査のため、申請者の大和市税等の納付状況について確認を行うこと。  ・健診結果の確認および健診結果を市保健師による健康相談事業に活用すること。  ・申請者が特定健診の対象者である場合には、特定健診を受診したとみなし、検査結果について決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されること。  ・不正の行為により利用券の交付を受け、又は利用券を不正に使用した場合は、利用券又は助成金相当額を返還すること。  ・申請者（利用者）が暴力団又は暴力団員に該当しないこと。 | | |
| 被保険者番号 |  |  |
| 受診日 | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 健　康　診　断　名 | 基本 **・** 基本＋婦人科(けい部) **・** 基本＋婦人科(体部) **・** 基本＋婦人科(けい部＋体部) | |
| 指定医療機関名 | 中央林間病院　　　　　　大和徳洲会病院  桜ヶ丘中央病院　　　　　南大和病院 | |
| 利用券番号 | 令和７年　－ | |
| 保険年金課記入  □　本人確認（確認方法：　　　　　　　　　　　　　）  　□　被保険者資格の確認（満３０歳以上の大和市国民健康保険被保険者）  　□　利用者本人の市税等に滞納がない  　□　利用者が属する世帯の国民健康保険税に滞納がない  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付者サイン | | |

収納状況確認欄　　（　受付　　・　　納税相談　）

|  |
| --- |
| 収納課記入  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付者サイン |