

特定健診受診券再交付等申請書

次のことを確認し、受診券の再交付等を申請します。

※太枠内のア～キの事項を確認してください。被保険者記号番号を記載してください。

☐ア 今年度中に腹囲を計測する健診（特定健診等）を受けていません。

（長崎市国民健康保険課に確認 電話 095-829-1225 FAX 095-829-1217）

☐イ 国保の補助を受けて人間ドックを受診していません。又は受診する予定はありません。
（先に特定健診等を受診した場合、国保の補助が受けられません。）

☐ウ 長崎市国民健康保険の資格があります。

被保険者記号 ながさき 番号 _____ **枝番** _____ （保険証の有効期限の下に記載）

☐エ 受診券が発見された場合は破棄します。 **※紛失による申請の場合にのみ確認**

☐オ 他の健診実施機関で実施していた場合は、この申請に基づき受診した健診費用の全額を
下記の健診実施機関に支払います。

基本項目及び追加項目・・・・・・・・・・・・・・・・ 9, 7 8 0 円

基本項目及び追加項目+心電図検査・・・・・・ 1 1, 2 1 0 円

基本項目及び追加項目+眼底検査（片眼）・・・・ 1 0, 3 9 6 円

基本項目及び追加項目+眼底検査（両眼）・・・・ 1 1, 0 1 2 円

基本項目及び追加項目+心電図検査+眼底検査（片眼）・・ 1 1, 8 2 6 円

基本項目及び追加項目+心電図検査+眼底検査（両眼）・・ 1 2, 4 4 2 円

☐カ この健診に係る受診券の受領を下記の健診実施機関に委任します。

☐キ 特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、障害者支援施設等の施設に入所していません。
また病院等に 6 月以上継続して入院していません。

以上の事を確認（同意）し署名します。

申請日 年 月 日

申請者氏名（自署）

生 年 月 日 昭和 年 月 日

長 崎 市 長 様



健診実施機関記載欄

健診実施機関名： _____

住所： _____

☐ ア～キに漏れがないか（エ、オは対象者のみ）

☐ 受診後の申請ではないか

※この申請書の写し、もしくは原本を受診日から 1 年間保存してください。