様式１号

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＿＿＿

□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・・・・・・・・・・・・・・・・・・　９，７８０円
基本項目及び追加項目+心電図検査　・・・・・・・・・・・１１，２１０円
基本項目及び追加項目+眼底検査（片眼）　・・・・・・・・１０，３９６円
基本項目及び追加項目+眼底検査（両眼）　・・・・・・・・１１，０１２円
基本項目及び追加項目+心電図検査+眼底検査（片眼）・・１１，８２６円
基本項目及び追加項目+心電図検査+眼底検査（両眼）・・１２，４４２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。