

# 大田区国保 人間ドック申込書

※記入漏れのないようにお願いします。  
※下記FAX番号に送信してください。

記入日： 年 月 日

|  |   |                           |
|--|---|---------------------------|
| (フリガナ)<br>お名前<br>(保険証など登録と同様の氏名をご記入ください) | 性別<br><input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性    | 年齢： 歳<br>生年月日 昭和<br>年 月 日 |
| 〒 ー ー<br>本人住所<br>(建物名も必ずご記入をお願いします)      |   |                           |
| 電話番号 ー ー                                 | FAX番号 ー ー   |                           |
| 携帯番号 ー ー                                 | 当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月頃) <input type="checkbox"/> 無 |                           |
| 大田区国民健康保険証 記号 ( ー ) 番号 ( )               |   |                           |
| 希望日① 月 日                                 | 希望日② 月 日  | 希望日③ 月 日                  |
| 連絡事項                                     |   |                           |

## 【重要】助成要件及び同意事項

にチェックを入れてください。全てにチェックが入りますと助成及び受診が可能となります

- 令和6年4月1日時点で大田区国保に加入している
- 人間ドック受診日時点で40～74歳の大田区国保加入者である
- 保険料の滞納がない
- 令和6年度(6月～3月末)分の特定健康診査を受診していない(しない)
- 令和6年度人間ドック受診助成制度を申請していない(しない)
- 受診結果によって特定保健指導対象となった場合は指導を受ける
- 必要に応じて大田区国保資格・保険料支払い状況等を確認するため、区から連絡する  
場合があることに同意する
- 特定健診の検査項目はJCHO東京蒲田医療センターから区へ報告されることに同意する
- 人間ドック受診日以前に遡って大田区国保資格を喪失した場合、JCHO東京蒲田医療セ  
ンターへ区助成額の8,400円を支払うことに同意する

受診希望日の2週間前までにこちらの申込書をお送りください。

独立行政法人地域医療機能推進機構

東京蒲田医療センター 健康管理センター

電話番号 03-5744-3268 FAX番号 03-3736-8358

※こちらのFAX番号に申込書をお送りください。