

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)	性別	年齢： 歳
お名前 (保険証など登録と同様の氏名をご記入ください)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 昭和 年 月 日
〒 ー ー 本人住所 (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 記号 (ー)	番号 ()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養家族
受診券整理番号 (11ケタ) ※大田区特定健康診査受診票に記載された 受診券整理番号をご記入ください。	2 5 1 0 0 0	
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8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8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8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ります
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。