

**ご注意**  
 人間ドックを受けるときは、  
 必ずこの受診券を健診機関  
 にお渡しください。

堺市国民健康保険被保険者人間ドック（総合健康診断日帰りコース）受診券

年 月 日

堺 市 長

年度用

住 所					
（フリガナ） 受診者氏名		生年月日		性別	
記号・番号	（枝番）	整理番号			
有効期限	まで	電話番号	※受診者で記入してください。 （        ）		

[重要]受診される方へ

- ① 健診当日は、堺市国民健康保険の被保険者であることが確認できるもの及びこの受診券（40歳以上74歳以下の方は、この受診券とともに、特定健康診査の受診券及び受診票）を提出して、受診者負担金をお支払ください。受診券の提出がないと、受診できません。
- ② 必ずお申込みの健診機関で受診してください。異なる健診機関ではこの受診券を使用できません。
- ③ 健診当日に堺市国民健康保険の資格を喪失している場合は、この受診券は無効です。また、有効期限を過ぎた場合も無効です。
- ④ 受診日の変更は、健診機関とご相談ください。変更日が有効期限を超える場合は、再度お申込みいただくことになり、その時点で資格要件を満たさない場合は、受診できません。
- ⑤ 使用しなかった受診券は、堺市に返還するかご自身で破棄してください。
- ⑥ 健診結果や連絡先等の個人情報については、堺市の健康施策推進に役立てるため、法令に基づき、堺市及び医療機関等において保健指導や受診勧奨等に活用するとともに、疾病統計や医療費分析等に用いる場合があります。

健 診 機 関 記 入 欄	
健診機関名	
健診実施日	
選択項目の乳房検査を実施した場合は、実施した検査を○でかこんでください。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">マンモグラフィ</span> <span>・</span> <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">乳房超音波検査</span> <span>を実施しました。</span> </div>	

お問合せ先