

封筒の宛先としてご利用ください。

〒698-8650

益田市常盤町1番1号

益田市役所福祉環境部保険課保険係
ドック担当 行

〇令和7年4月2日以降に提出してください。（令和7年5月7日必着）

《保険課使用欄》 ☐資格 ☐納付 ☐年齢

ドックの種類	1日人間ドック・脳ドック (いずれか1つに○をしてください)		益田市国民健康保険の被保険者である。 ※益田市国民健康保険以外の被保険者の方は申込出来ません。			はい ☐
	確認項目（脳ドックの方のみ） 【「脳ドック」注意事項】を	確認した ☐	受診希望 医療機関	日赤・医師会	医療機関変更	可・不可
(フリガナ) 氏名				生年月日	S. H.	
電話番号				性別	男・女	
住所	〒 益田市					
希望時期・曜日、 不都合な時期・曜日等 (受診日決定の参考とします。抽選結果によりご希望に添えない場合もあります。)						
申込書に記載した事項と検査結果について、市が保健指導や保健事業推進のために利用・保管すること、並びに受診医療機関が受診記録を保管すること、また、保健指導対象となった場合は保健指導を受けることに同意します。						

【問合わせ先】 市保険課保険係 ☎31-0212