

令和8年度 太田市国民健康保険・後期高齢者医療制度
人間ドック検診費助成申請書

令和8年 月 日

受診券貼付欄

被保険者番号	(不明な場合は記載不要)		
フリガナ			
申請者氏名			
申請者住所	太田市		
生年月日	年	月	日 歳

左欄に令和8年度特定健診受診券の貼付
または個人情報の記入をしてください。

被保険者番号は「申請書の書き方」をご参
照の上、ご記入ください。

(携帯) - -
(自宅) - -

希望の欄に○をつけてください。(いずれか1つのみ)

		1日ドック	1泊2日 ドック	脳ドック (国保の74歳まで)
	例) ××病院	○		
1	荒木医院			
2	飯塚医院			
3	うがじんクリニック			
4	大沢医院			
5	大島胃腸科内科クリニック			
6	太田協立診療所			
7	尾島クリニック			
8	川田クリニック			
9	木崎クリニック			
10	くつなクリニック			
11	宏愛会第一病院			
12	正田医院			
13	中野医院			
14	深川クリニック			
15	和賀クリニック			
16	服部・えびすさまクリニック			A・B・C
17	堀江病院			
18	山口外科医院			
19	イムス太田中央総合病院			
20	城山病院			
21	東邦病院			
22	本島総合病院			
23	山口ARTクリニック			脳のみ・脳充実
24	太田記念病院 (5/8 締切) ※太田記念病院の受付は終了しました			
		夫婦同日希望 <u>あり</u> ・ <u>なし</u> 希望月 第1希望 (<u> </u> 月) 第2希望 (<u> </u> 月)		
25	その他 (医療機関名)			

※ 決定通知書は申請から2週間で発送します。その後医療機関へ予約してください。