|  |
| --- |
| 館山市短期人間ドック事業利用申請書（　後期高齢者医療　） |
| 被保険者番号 |  |
| （ふりがな）利用者名 |  | 男・女 | 生年月日 | 大・昭 | 年　 　月　 　日 |
| 検査医療機関名 |  |
| 検査予定年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 検査種別 | １　１日 | ２　通院２日 | ３　１泊２日 |
| 今年度短期人間ドック受検の有無 | １　無　　　　　　・　　　　　　２　有 |
| 脳精密検査の受検 | １　総合的な精密検査と同時に受検する。２　脳精密検査のみ受検する。３　受検しない。 |
| 館山市短期人間ドック事業実施要綱第４条の規定により申請します。 |
| 年　　　月　　　日 |
| 館山市長　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所　〒館山市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　－ |

1. 短期人間ドックの受検後にその結果を報告するとともに，その結果の利用に同意します。
2. 館山市短期人間ドック事業実施要綱第３条に規定する事項（市税等の納付状況）を確認すること

に同意します。（同意しない場合はその内容が確認できる書類を提示してください。）

住　　　所

氏　　　名

（宛名番号：　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　処　　理　　欄 | 資格取得年月日 | 平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 市税等の納付 | 未納あり　　・　　未納なし |
| 今年度短期人間ドックの受検状況 | １　受検無２　総合的な精密検査のみ受検３　脳精密検査のみ受検４　総合的な精密検査と脳精密検査を同時に受検 |
| 今年度既補助額 | 　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 今年度補助可能額（２万円－既補助額） | 　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| その他 |  |

|  |
| --- |
| 担当確認 |
|  |