|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |