

受 付	
-----	--

木更津市後期高齢者短期人間ドック事業利用申請書

木更津市後期高齢者短期人間ドック事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

受 検 希 望 者	被 保 険 者 証 番 号			
	氏 名	人間ドックを受ける方の情報		男 ・ 女
	生年月日		年 月 日	歳
希望する医療機関	受検する医療機関名およびコースの内容		日帰 脳ドック	一泊二日 有 ・ 無
年 月 日				
木更津市長 渡辺 芳邦 様 郵便番号 292- 住 所 木更津市 申請者 氏名 人間ドックを受ける方の住所氏名など (押印もお願いします) (電話番号 - -)				

確 認 事 項	確 認 欄
(1) 千葉県後期高齢者医療広域連合の被保険者ですか。	はい ・ いいえ
(2) 後期高齢者医療広域連合の被保険者ですか。	はい ・ いいえ
(3) 今年度、後期高齢者医療広域連合の被保険者であるにもかかわらず、後期高齢者医療広域連合の被保険者ではないと判断された場合は、理由を記載してください。	はい ・ いいえ
(4) 今年度、国体の短期人間ドックの受検を受けていませんね。	はい ・ いいえ
(5) 現に医師の治療を受けているもので、短期人間ドックの受検に支障が無いですね。	はい ・ いいえ
(6) 受検予定日はいつですか。	月 日

1日のみの場合は左のみ日付をご記入ください。

同 意 書

短期人間ドック受検後、医療機関が木更津市に検査結果票を提出することに同意します。

住

人間ドックを受ける方の住所氏名
(押印もお願いします)

氏 名

印