

別記第1号様式(第5号)

受付	
----	--

課長	課長補佐	係長	係

木更津市国民健康保険短期人間ドック事業利用申請書

木更津市国民健康保険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。

保険証記号番号	06-	世帯主	
受検希望者	氏名		性別 男・女
	生年月日	年 月 日	年齢 歳
希望する医療機関		受検希望コース	1日・2日(通院・泊) 脳ドック 有・無
年 月 日 木更津市長 様 〒292- 申請者 住所 木更津市 (受検希望者名) 氏名 印 (TEL)			

確認事項	確認欄
(1) 木更津市国民健康保険の資格を取得した日から6か月以上経過していますか。	はい・いいえ
(2) 年齢が35歳以上の方ですか。	はい・いいえ
(3) 国民健康保険税完納世帯に属していますか。	はい・いいえ
(4) 加療中の方で短期人間ドックの受検に支障がないですか。	はい・いいえ
(5) 妊娠中ですか。(女性の方のみ確認)	はい・いいえ
(6) 今年度、短期人間ドックの助成を受けるのは初めてですか。また、特定健康診査は受けてないですか。	はい・いいえ
(7) 受検予定日はいつですか。	月 日 ~ 日

⇒ 裏面有り

同意書

短期人間ドック受診後、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 所 木更津市

氏 名 _____ 印