

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	06-0012345	世帯主	木更津 太郎		
受検希望者	氏名	木更津 花子		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		年齢	〇〇歳
希望する医療機関	××××病院		受検希望コース	<input checked="" type="radio"/> 1日・2日(通院・泊) 脳ドック 有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
令和〇〇年〇〇月〇〇日					
木更津市長 様 〒292-8501 申請者 住所 木更津市 富士見1-2-1 (受検希望者名) 氏名 木更津 花子 <input checked="" type="radio"/> 印 (TEL 〇〇-〇〇〇〇 )					

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。	<input checked="" type="radio"/> はい・いいえ
(2) 年齢が35歳以上の方ですか。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> はい・いいえ
(5) 妊娠中ですか。(女性の方のみ確認)	はい・ <input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> はい・いいえ
(7) 受検予定日はいつですか。	〇〇月〇〇日 ~ 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 富士見 1 - 2 - 1

氏 名 木更津 花子

