

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		性 別 男 ・ 女
	生年月日		年 齢 歳
希望する医療機関		受検希望コース	日帰 ・ 一泊二日 脳ドック 有 ・ 無
<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> 木更津市長 渡辺 芳邦 様  <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">郵便番号 292- 住 所 木更津市</div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">申 請 者</div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">氏 名 印</div> <div style="text-align: center;">(電話番号 - - )</div>			

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) 後期高齢者医療保険料及び国民健康保険税を完納されていますか。	はい ・ いいえ
(3) 今年度、国保の特定健診及び広域連合が行う健康診査を受検していませんね。	はい ・ いいえ
(4) 今年度、国保の短期人間ドックの助成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 ~ 月 日

⇒ 裏 面 あ り

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 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_