

別記第 1 号様式(第 5 条)

受 付	
入 力	

課 長	課長補佐	係長	係

審査の結果承認したい

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		0 6 ー			
受 検 者	住 所	木更津市			
	生 年 月 日	年 月 日		年齢	歳
	電 話 番 号			性別	男 ・ 女
受 検 予 定 日		1 日(半日)		※ 2 日目がある方のみ記入	
		年 月 日 ～		年 月 日	
検 査 医 療 機 関					
検 査 コ ー ス		☐ 1 日(日帰り) ☐ 通院 2 日 ☐ 1 泊 2 日			
短期人間ドック受検後、医療機関が木更津市に検査結果報告書を提出することに同意します。 年 月 日 木更津市長 様 申請者（受検者）氏名 _____					

確 認 事 項	チェック
(1) 受検日時点で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。	☐
(2) 受検日時点で年齢が 3 5 歳以上になります。	☐
(3) 今年度、短期人間ドックの助成を受けていません。また、特定健康診査を受検していません。	☐
(4) 受検日時点で国民健康保険税を完納しています。	☐
(5) 医師の治療を受けていますが、短期人間ドックの受検に支障はありません。	☐
(6) 妊娠中ではありません。(女性の方のみ確認)	☐