

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		06-			
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		<input type="checkbox"/> 1日(日帰り)		<input type="checkbox"/> 通院2日	
		<input type="checkbox"/> 1泊2日			
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>木更津市長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者(受検者)氏名 _____</p>					

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。	<input type="checkbox"/>
(2) 受検日時点で年齢が35歳以上になります。	<input type="checkbox"/>
(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。	<input type="checkbox"/>
(4) 受検日時点で国民健康保険税を完納しています。	<input type="checkbox"/>
(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。	<input type="checkbox"/>
(6) 妊娠中ではありません。(女性の方のみ確認)	<input type="checkbox"/>