

木更津市後期高齢者短期人間ドック事業利用申請書

年 月 日

木更津市長 様

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のうえ、
木更津市後期高齢者短期人間ドック事業実施要綱第 6 条の規定により、下記のとおり申請します。

申請者（受検者）氏名

受 検 者	被 保 険 者 番 号				
	住 所	〒 木更津市			
	生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳	
	電 話 番 号		性 別	男 ・ 女	
検 査 医 療 機 関					
受 検 予 定 日		年 月 日 ～ 年 月 日			
検 査 コ ー ス		☐ 1 日 （ 日 帰 り ） ☐ 通 院 2 日 ☐ 1 泊 2 日			

確 認 事 項	確 認 欄
1 後期高齢者医療保険料および国民健康保険税を完納しています。	はい ・ いいえ
2 今年度、国保の特定健診または後期高齢者健康診査を受検していません。	はい ・ いいえ
3 今年度、国保の短期人間ドックの助成を受けていません。	はい ・ いいえ
4 現に治療中の場合、短期人間ドックの受検に支障はありません。	はい ・ いいえ