

袖ヶ浦市短期人間ドック利用申請書

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

申請者 住 所 袖ヶ浦市
氏 名
電 話

袖ヶ浦市国民健康保険短期人間ドック助成事業実施要綱第5条の規定により、短期人間ドックを受診したいので下記のとおり申請します。

なお、人間ドックの利用にあたり、受診結果を袖ヶ浦市へ情報提供すること（医療機関から直接提供されること）に同意します。

記

被保険者証記号・番号	袖 -			
世帯主氏名				
受検者	氏 名			
	生年月日	昭和	年	月 日
	性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
医療機関名				
検査日		年	月	日 から
		年	月	日 まで
基本検査以外の検査区分	胃内視鏡検査 ()			
	大腸内視鏡検査 ()			
	脳画像検査 ()			
	※ 実施する検査に○をつけて下さい。			
同年度の国民健康保険特定健康診査受診の有無	1. 受診する (している)		2. 受診しない (していない)	
	※ どちらか番号に○をつけて下さい。			

調 査 事 項	国保加入日	年 月 日	前回受検日	年 月 日
	国保税支払状況	済 ・ 未		
	医療機関受診状況			
	亀田病院確認状況	鴨川 ・ 幕張		