

袖ヶ浦市高齢者短期人間ドック利用申請書

令和 年 月 日

袖ヶ浦市長 粕谷 智浩 様

申請者 住 所 袖ヶ浦市
氏 名
電 話

袖ヶ浦市高齢者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、受診検査結果を医療機関から袖ヶ浦市へ直接情報提供することに同意します。

記

被保険者証番号											
受検者	個人番号										
	氏 名										
	生年月日	明治・大正・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項目	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○をつけてください。										
同年度の後期高齢者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○をつけてください。										

調査事項	＊ 前回受検日	年 月 日
	後期高齢者医療保険料支払状況	済 ・ 未
	医療機関受診状況	
	亀田病院確認状況	鴨川・幕張