

様式第1号(第5条関係)

袖ヶ浦市短期人間ドック利用申請書

令和 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

記号・番号	袖 -			
世帯主氏名				
受検者	個人番号			
	氏 名			
	生年月日	昭・平	年	月 日
	性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
医療機関名				
検査日	令和 年 月 日 から 令和 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	