

香取市後期高齢医療短期人間ドック助成申請書

年 月 日

香取市長 様

被保険者 住 所

氏 名

電話番号

私は、香取市後期高齢者医療短期人間ドック助成事業実施要綱第7条の規定により、短期人間ドックの助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

被保険者証記号番号		
受 検 者 氏 名		男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
検 査 医 療 機 関 名	千葉県立佐原病院 香取おみがわ医療センター あいざわクリニック 成田赤十字病院 島田総合病院 千葉脳神経外科病院 亀田総合病院附属幕張クリニック 国保旭中央病院 成田富里徳洲会病院 香取医院 志津南クリニック 国際医療福祉大学成田病院 IMS Me-Lifeクリニック千葉 おみがわ内科循環器クリニック 医療法人社団普照会井上記念病院 霞ヶ浦成人病研究事業団健診センター その他 ()	
検 査 区 分	人 間 ド ッ ク ・ 脳 ド ッ ク	
検 査 予 定 日	年 月 日	
備 考	特定健診の受診（予定）の有無	有 ・ 無

私は、香取市長が短期人間ドックの検査報告書を検査医療機関または被保険者から受領し、健康管理の指導若しくは特定保健指導の資料として使用することを承諾します。

被保険者名 _____ ㊞

※市担当者記入欄

確 認 事 項	判 定
<input type="checkbox"/> 申請日において、香取市後期高齢者医療の被保険者であること	<input type="checkbox"/> 承 認 <input type="checkbox"/> 不 承 認
<input type="checkbox"/> 香取市後期高齢者医療保険料（納期到来分）を完納していること	(不承認理由)
<input type="checkbox"/> 当該年度において、1度目の受検であること	
<input type="checkbox"/> 当該年度において、特定健診を受けないこと	
<input type="checkbox"/> 検査結果を市が受領することを了承していること	
<input type="checkbox"/> 特定健診に関する質問票に回答していること	