

茂原市国民健康保険人間ドック等助成承認申請書

被保険者記号・番号		茂 一		世帯主			
(フリガナ)				生年月日		昭和 年 月 日	
受診者				検査時 年 齢		歳 性別 男・女	
検査医療機関							
検査予定年月日		令和 年 月 日 及び 令和 年 月 日					
検査種別	短期人間ドック	半日 1日 通院2日 1泊2日 追加検査 ※睦沢診療所 ・胃部 : 内視鏡(経口・経鼻) ・ X線(バリウム) ・大腸 : 内視鏡 ・ X線(バリウム) ・ 3D-CT ・乳がん : マンモグラフィ ・ エコー ・ トモシンセシス ・子宮がん : 細胞診頸部 ・ 細胞診体部 ・ エコー ・ HPV					
	脳ドック	※ちば県民保健予防財団 ※きたじまクリニック ・人間ドックと併用 ・脳ドックコース ・脳ドックコース ・脳ドックのみ ・脳ドック併用 ・脳卒中スクリーニングコース ・脳MRI、MRA ・脳梗塞リスクマーカー					
受診理由		1 健康管理 2 その他 ()					
茂原市国民健康保険短期人間ドック及び脳ドック助成事業実施要綱第7条の規定により、個人情報 の取扱いに同意の上、申請します。 (宛先) 茂原市長 令和 年 月 日 (申請者) 住 所 茂原市 _____ 氏 名 _____ 電 話 _____ () _____ 番							

注 この申請書は、遅くとも検査予定日の2週間前までに提出してください。

後期受診者		有 ・ 無		(確認欄)		
				国保資格取得	S・H・R 年 月 日	
				納付状況	令和 年度 期 納付済み	
				宛名番号	—	
				システム入力欄	～	
				備考欄		
決 裁	令和 年 月 日					
	課長	補佐	係長	担当		