

令和 年 月 日

八街市長 北村新司 様

申請者 (受検者) 住 所 八 街 市

氏 名 印

生 年 月 日 昭和 平成 年 月 日

性 別 男 ・ 女

電 話 番 号 - -

八街市人間ドック等助成利用申請書

下記のとおり人間ドック等を受検したいので、八街市国民健康保険人間ドック等助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。

なお、八街市が、人間ドック等の検査結果を取得し、保健事業等に使用することについて、同意します。

記

被保険者番号	記号	56	番号		枝番	
医 療 機 関	名称	(所在地 :)				
受検予定日	令和 年 月 日	区分	1. 日帰り 2. 2日			
助成区分	1. 人間ドック 2. 脳ドック(※1) 3. 脳ドック併用人間ドック					
※2 特定健康診査の受診(予定)の有無	有 ・ 無					
※2 資 格 状 況	有 ・ 無					
※2 国保税の納税状況						

※1 脳に特化した検査(MRI・MRA・認知機能検査・頸動脈超音波検査)のみの方は、市が行う特定健診を年度末までにあわせて受診してください。

※2 職員が記入しますので、記入しないでください。