

人間ドック（脳ドック）受検承認申請書

被保険者証 記号番号			世帯主 氏名		
受給者氏名 性別・続柄 世帯主との続柄（ ）	男 ・ 女	生年月日	____年____月____日	(____歳)
人間ドック	検査希望日 ____年____月____日	__日 泊	検査医療機関名	
脳ドック	検査希望日 ____年____月____日	1日	検査医療機関名	
現在内科系の疾病により療養の給付を受けていますか。			いる ・ いない		
現在脳神経外科系の疾病により療養の給付を受けていますか。			いる ・ いない		
前に人間ドック及び脳ドック検査料の助成を受けたことがありますか。			ない ある（ ____年____月____日）		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>宝達志水町長 寶達典久 様</p> <p>.....年.....月.....日</p> <p>申請者 住 所 宝達志水町 番地</p> <p>氏 名 印</p>					
※ 審 査			年 月 日		
区 分	承認 ・ 不承認	不承認の 理 由			
承認番号	第.....号	受検承認書 発行年月日	年 月 日		

- 1 この申請書を提出するときは、あらかじめ医療機関に検査する期日の内諾を得てください。
- 2 太枠内を記入し、※印欄以下は、記入しないでください。
- 3 ドック受検の対象年齢は、75歳未満です。受検者本人の生年月日の前日までが助成の対象です。