

## 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 _____
年齢が30歳以上75歳未満の宝達志水町国民健康保険加入者ですか。			はい ・ いいえ
今回人間（脳）ドックを受検する日から遡って1年以上国民健康保険に加入していますか。			はい ・ いいえ
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 style="text-align: center;">宝達志水町長 様</p> <p style="text-align: center;">_____年____月____日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 宝達志水町 _____番地</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>			
※ 審 査			年 月 日
区 分	承認 ・ 不承認	不承認の理由	被保険者、対象年齢、特定健診の未受診者 ではない
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 太枠内を記入してください。
- 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。