様式第１号（第６条関係）

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）		

上記のとおり申請します。

宝達志水町長　　様

……年……月……日

申請者　住　所　宝達志水町　　番地

氏　名

※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。