

第1号様式(第5条関係)

短期人間ドック等受検申請書

令和 年 月 日

匝瑳市長 あて

申請者 住所  
氏名  
電話

匝瑳市後期高齢者医療短期人間ドック等事業助成規則第5条の規定により、短期人間ドック等を受検したいので、下記のとおり申請します。

記

受 検 者	(ふりがな) 氏 名		男・女
	生 年 月 日	年 月 日( 歳)	
	住 所		
	記 号 番 号		
医療機関名			
予定検査日		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
私は、短期人間ドック等の受検申請のため、以下の事項に同意します。			
1 匝瑳市の後期高齢者医療保険料の納付状況について匝瑳市が関係公簿を調査すること			
2 指定医療機関で受検した場合は、匝瑳市が短期人間ドック等成績報告書を検査医療機関から受領すること			
3 指定外医療機関で受検した場合は、申請者が短期人間ドック等成績報告書の写しを匝瑳市へ提出すること			
4 2又は3を後期高齢者健康診査及び保健指導の資料として匝瑳市が使用すること			
申請者 氏名 <span style="float:right">㊟</span>			

※次の欄は、申請者は記載不要です。

受 検 資 格 要 件	1 匝瑳市後期高齢者医療の被保険者 [ ]
	2 匝瑳市後期高齢者医療保険料を完納 [ ]
	3 受検後おおむね1年以上 [ ]
	4 申請等年度に後期高齢者健康診査を受診していない及び受診予定がない。 [ ]
	5 検査結果利用同意 [ ]

備考 申請者が氏名を自署することにより、押印を省略することができます。