茂原市国民健康保険人間ドック等助成承認申請書

被保険者記号・番号	茂－　　－		世 帯 主		
(フリガナ) 受 診 者			生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	
			検 査 時 年　齢	歳	性 別	男 ・ 女
検 査 医 療 機 関					
検査予定年月日	令和　　年　　月　　日　及び　令和　　年　　月　　日				
検査種別	短期人間ドック	半日　　１日　　通院２日　　１泊２日 追加検査　　※睦沢 ・ 亀田鴨川・幕張 ・胃部　　：内視鏡（ 経口 ・ 経鼻 ）　・　Ｘ線（ バリウム ） ・大腸　　：内視鏡 ・ Ｘ線（ バリウム ） ・ ３Ｄ－ＣＴ ・乳 が ん ：マンモグラフィ ・ エコー ・ トモシンセシス ・子宮がん ：細胞診頸部 ・ 細胞診体部 ・ エコー ・ ＨＰＶ			
	脳ドック	・人間ドックと併用 ・脳ドックのみ ※亀田鴨川・幕張 ・脳画像検査のみ ・脳ＡＩ健康度検査併用 ※きたじまクリニック ・脳ドックコース ・脳卒中スクリーニングコース ※ちば県民保健予防財団 ・脳ドックコース ・脳ドック併用 ・脳ＭＲＩ、ＭＲＡ ・脳梗塞リスクマーカー			
受 診 理 由	1　健康管理 2　その他（　　）				

茂原市国民健康保険短期人間ドック及び脳ドック助成事業実施要綱第７条の規定により、個人情報の取扱いに同意の上、申請します。

（宛先）茂原市長

令和　　年　　月　　日

（申請者）

住　所　茂原市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話　＿＿＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿番

注　この申請書は、遅くとも検査予定日の２週間前までに提出してください。

後期受診者	有 ・ 無

決裁	令和　　年　　月　　日			
	課 長	補 佐	係 長	担 当

（確認欄）

国保資格取得	Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日
納 付 状 況	令和　　年度　　期　納付済み
宛 名 番 号	―
システム入力欄	～
備　考　欄	※特定健診受診の有無（ □有 ・ □無 ）