

様式第 1 号

短期人間ドック（脳ドック）利用申請書

(No. )

|                                                                                                                                                             |     |                  |    |      |     |   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------|----|------|-----|---|----|
| 被保険者記号番号                                                                                                                                                    |     | -                |    | 世帯主名 |     |   |    |
| フリガナ                                                                                                                                                        |     | 男・女              | 生年 | 昭    | 年   | 月 | 日  |
| 利用者氏名                                                                                                                                                       |     |                  | 月日 | 平    | (   |   | 歳) |
| 利用者住所                                                                                                                                                       | 長柄町 |                  |    | 電話番号 | ( ) |   |    |
| 検査医療機関名                                                                                                                                                     |     |                  |    |      |     |   |    |
| 利用者の希望する日                                                                                                                                                   |     |                  |    |      |     |   |    |
| 人間ドック種別                                                                                                                                                     |     | 1 1 日人間ドック（日帰り）  |    |      |     |   |    |
| ※脳ドックは特定健診等を                                                                                                                                                |     | 2 2 日間人間ドック      |    |      |     |   |    |
| 受診された国民健康保険・後                                                                                                                                               |     | 3 1 泊 2 日人間ドック   |    |      |     |   |    |
| 期高齢者医療加入者のみ                                                                                                                                                 |     | 4 脳ドック（特定健診受診先 ) |    |      |     |   |    |
| 受検理由                                                                                                                                                        |     | 健康増進のため          |    |      |     |   |    |
| 各種ドック実施要綱の規定を遵守いたしますので、承認されたく申請いたします。                                                                                                                       |     |                  |    |      |     |   |    |
| また、本申請による短期人間ドックまたは脳ドックについて、 <u>その結果が検査医療機関から長柄町に提供され</u> 高齢者の医療の確保に関する法律第 2 0 条による特定健康診査等の結果とみなすこと及び特定保健指導対象者を確定させるための階層化（判定）または参考資料として利用することについても予め同意します。 |     |                  |    |      |     |   |    |
| 令和 年 月 日                                                                                                                                                    |     |                  |    |      |     |   |    |
| 長柄町長 様                                                                                                                                                      |     |                  |    |      |     |   |    |
| 住 所 長柄町                                                                                                                                                     |     |                  |    |      |     |   |    |
| 氏 名                                                                                                                                                         |     |                  |    |      |     |   |    |
| 印                                                                                                                                                           |     |                  |    |      |     |   |    |

(注)・この申請書は、利用希望日 2 週間前までに提出して下さい。

・世帯の納期限到来分の国民健康保険税または当該申請者の後期高齢者医療保険料が完納されていない場合は却下されます。