

苫小牧市国民健康保険 PET/CTがん検診受診申請書

被保険者 番号	
共 通 コード	

太枠内をご記入ください。

苫小牧市長 様 下記のとおり申請します。 令和 年 月 日					
受診希望者	住 所	〒 ー 苫小牧市			
	氏 名	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	昭・平 年 月 日（満 歳）
				電話番号	（自宅） ー ー （携帯） ー ー ☆日中でも連絡のつきやすい番号をご記入ください
申請者	☐ 受診者に同じ （受診希望者が申請する場合は以下の記入は不要です。）				
	氏 名	フリガナ	受診者との続柄		
	電話番号	（自宅） ー ー	（携帯） ー ー		
「受診希望者」について、該当するものに✓を記入してください。					
☐ 今年度の国民健康保険脳ドックと重複して申請していない。					
☐ 必要に応じて、過去に苫小牧市立病院で撮影した画像等について、王子総合病院へ 情報提供することに同意する。					
☐ 医療機関から市へ受診結果を提供することに同意する。					
☐ 受診期限間近で未受診の場合、市から確認の連絡が入ることを了承する。					
☐ 受診結果により、市から医療機関受診についての健康アンケートを実施する場合があることを了承する。					

【市記入欄】
国保税の滞納（ 無 ・ 有 ） 主治医の承諾（ 不要 ・ 有 ）