

苫小牧市国保・後期高齢者 脳ドック受診申請書

共通コード	
-------	--

※太枠内に記入してください

受診者	被保険者番号			国保		
	住所	〒 苫小牧市		後期		
	氏名	ふりがな	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
				電話番号	(自宅) (携帯) ☆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	<input type="checkbox"/> 受診者に同じ (受診者と違う場合は以下にご記入ください)					
	氏名			受診者との続柄		
	電話番号	(自宅) (携帯)				

令和 年 月 日

下記確認事項に同意し、脳ドック受診助成を申請します。

以下の質問をお読みになり、(はい・いいえ)に○をつけてください。

- 国民健康保険PET/CTがん検診と重複して申請することはできません (はい・いいえ)
- ペースメーカーは使用していません (使用している場合は脳ドックを受診できません) (はい・いいえ)
- 閉所恐怖症(狭いところが苦手)ではありません(閉所恐怖症等により検査を中断した場合、料金が発生する場合があります) (はい・いいえ)
- 受診結果を苫小牧市へ提供することに同意します (はい・いいえ)
- 受診期限間近で未受診の場合、市から確認の連絡をすることがあります (はい・いいえ)
- 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ことがあります (はい・いいえ)

以下の質問に回答してください。

- ① 体内にコイル・クリップ等の金属や人工関節、人工弁等がありますか? (はい・いいえ)
- ② 過去に、頭部や心臓の治療を受けたことがありますか? (はい・いいえ)
- ③ ①・②の回答が「はい」の場合→主治医の承諾が必要です(以下の質問に回答してください)
 - 主治医からすでに承諾を得ている (はい・いいえ)
 - 主治医に相談し、5月中旬までに市に報告ができる (はい・いいえ)

(市記入欄)

国保税または後期保険料滞納 (無 ・ 有)

主治医の承諾

(不要 ・ 有)