

苫小牧市国民健康保険 PET/CTがん検診受診申請書

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	—			
	住所	〒 — 苫小牧市			
	氏名	ふりがな	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)
				電話番号	(自宅) (携帯) <small>☆日中でも連絡のつきやすい番号をご記入ください</small>
申請者	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ (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、PET/CTがん検診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。					
国民健康保険脳ドックと重複して申請することはできません (はい・いいえ)					
PET/CTがん検診を受診することになった場合、必要に応じ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提供することに同意します (はい・いいえ)					
PET/CTがん検診を受診することになった場合、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)					

(市記入欄)

国保税滞納

(無 ・ 有)