

苫小牧市国民健康保険 脳ドック受診申請書

制 度	国保
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	大・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PET/CTがん検診と重複して申請していない。 ☐ ペースメーカーを使用していない。 ☐ 閉所恐怖症（狭いところが苦手）ではない。 （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） ☐ 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りますことを了承する。 ① 体内にコイル・クリップ等の金属や人工関節、人工弁等があるか。 ☐ ない ☐ ある ⇒ 【主治医の承諾が必要】 ② 過去、頭部や心臓の治療を受けたことがあるか。 ☐ ない ☐ ある ⇒ 【主治医の承諾が必要】 上記①もしくは②の回答が「ある」の場合、主治医の承諾はあるか。 ☐ 主治医からすでに承諾を得ている。 ☐ 主治医に相談し、7月17日までに市に報告ができる。					

【市記入欄】
国保税または後期保険料の滞納（ 無 ・ 有 ） 主治医の承諾（ 不要 ・ 有 ）