

苫小牧市国保・後期高齢者 脳ドック受診申請書

制 度	国保 ・ 後期
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。

- ☐ 【国保加入者のみ】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、5月中旬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 ）