|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第４号様式（第７条関係） | 後　期 | 受付番号 |  |

流山市後期高齢者医療人間ドック及び脳ドック利用申請書

　　　年　　月　　日

　（宛先）流山市長

　私は、流山市後期高齢者医療人間ドック及び脳ドック利用に関する費用の助成規則第７条第１項の規定により、次のとおり申請します。

　また、検査結果について、検査医療機関から流山市に情報を提供し、必要に応じて保健事業等に活用することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者  （申請者） | 被保険者番号 | 大正  昭和 | 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　日 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 住所 | 流山市 | | |
| 検査種別  （いずれか**１つ**を選択） | | **□　人間ドック　　　　　　　　　　□　脳ドック**  **□　人間ドックに頭部ＭＲＩ及び頭部ＭＲＡを追加する。**  ※　脳ドック及び脳検査（頭部ＭＲＩ及び頭部ＭＲＡ）  の助成は、受検年度を含め３年度に１回のみです。 | | |
| 検査医療機関 | |  | | |
| 助成条件確認  （確認の上、**□にチェック**を入れてください。） | | （１）納付期限の到来している流山市後期高齢者医療保険料を完納していること。  （２）受検年度内において、人間ドック又は脳ドックの検査費用の助成を受けていないこと。  （３）受検年度において、市で実施する特定健康診査及び健康診査を受診していないこと（受診する予定がないこと。）。  **□　はい、上記（１）から（３）の助成条件を全て満たしています。** | | |

事務処理欄（記入不要）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 | 発行日 |
|  | ／  窓・〒 |