

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

（申請者） 利用者	被保険者番号		氏名	
	生年月日	大正 昭和	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）	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 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。）。 <input type="checkbox"/> 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・〒