第１号様式（第４条関係）

南房総市国民健康保険短期人間ドック事業利用申請書

被保険者証記号番号	４３－	世帯主氏名		
（ふりがな）利用者氏名		男・女	生年月日	昭和　　年　　月　　日
国保資格取得年月日	年　　月　　日			
検査医療機関名				
検査予定年月日	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日			
検査種別	1　総合的な精密検査のみ受検する。 2　脳精密検査のみ受検する。 3　総合的な精密検査と脳精密検査を同時に受検する。			
今年度短期人間ドック受検の有無	1　無　　2　有　　有りの場合 検査種別（　　） 補助受領金額（　　円）			
今年度特定健康診査受検の有無	1　無　　2　有			
脳精密検査のみ受検する場合の特定健康診査受検の状況	1　特定健康診査受検（　　月　　日　済　　予定　） 2　特定健康診査に相当する診査受検（検査種別　　） （　　月　　日　済　　予定　） 3　受検予定なし（理由　　） 4　特定健康診査受検要件に該当しない。			

南房総市国民健康保険短期人間ドック事業実施要綱第４条の規定により申請します。

令和　　年　　月　　日

南房総市長　宛

住　　所　南房総市

利用者氏名

電話番号　　―

南房総市国民健康保険短期人間ドック事業実施要綱第３条の規定する事項（国民健康保険税（料）の納付状況）を確認することに同意します。　（同意しない場合は、その内容が確認できる書類を提示してください。）

住　　所　南房総市

世帯主氏名

注　総合的な精密検査を受検する場合には、検査医療機関に申込みする前に、その検査医療機関が行っている検査が、特定健康診査の項目を含む検査であるかご確認ください。（検査項目が含まれていない場合には、補助金が受けられなくなります。）