

## 御宿町後期高齢者短期人間ドック利用申請書

|   |  |
|---|--|
| 被 保 険 者 番 号   |  |
| 利 用 者 氏 名   | 男・女  |
| 生 年 月 日   | 年 月 日（満 歳）   |
| 個 人 番 号   |  |
| 検 査 予 定 年 月 日   | 年 月 日～ 年 月 日   |
| 検 査 種 別   | 1 総合的な精密検査のみ受検<br>2 脳精密検査のみ受検<br>3 総合的な精密検査と脳精密検査を同時に受検                  |
| 検 査 医 療 機 関 名   |  |
| ※ 処理欄   | 番号確認 : 番号カ・通知カ・住民票・他 ( )<br>身分確認 : (1点)番号カ・免・旅券・他 ( )<br>(2点)通知カ・保・他 ( ) |
| 御宿町後期高齢者短期人間ドック助成事業実施要綱第4条の規定により申請します。<br>年 月 日<br>住 所 御宿町<br>氏 名 (印)<br>電話番号 _____<br><br>御 宿 町 長 あて |  |

注 短期人間ドックの利用に当たっては、検査予定日の15日前までに申請して下さい。

## 御宿町後期高齢者短期人間ドック助成事業利用同意書

**短期人間ドック助成事業利用に対して、次の事項に同意します。**

- 短期人間ドック助成事業を利用しますので、今年度後期高齢者医療が実施する健康診査は受診しません。ただし、脳精密検査のみの受検の場合はこの限りではありません。
- 短期人間ドック受診結果を、後期高齢者医療が実施する健康診査と同様に保険者において保存し、必要に応じ保健指導等に活用することを承認します。
- 健診結果のデータファイルは、千葉県国民健康保険団体連合会が管理運営する特定健診等データ管理システムで管理するほか、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されることを承認します。
- 後期高齢者医療保険料の収納状況について調査することを承諾します。

同意欄（自署）利用者名 \_\_\_\_\_

