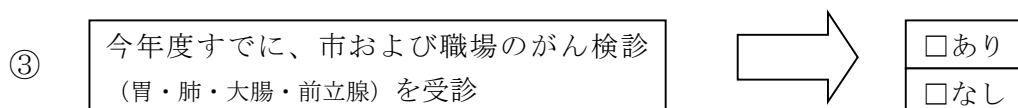
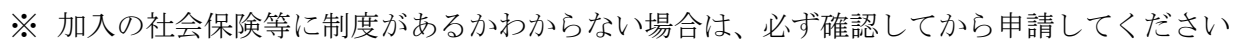


能美市人間ドック・脳ドック費用助成事業の目的は、生活習慣病を早期に発見するとともに、内科疾患の重症化や合併症を予防し、健康を長く維持するために実施するものです。治療中の方は、主治医とご相談の上でお申し込みください。



※表面を確認してから、記入してください。

(申請日) 年 月 日				
能美市長 あて 私は、能美市人間ドック・脳ドック費用助成事業実施要綱第6条に基づき、下記の受診券の交付を申請いたします。				
希望のコース (○で囲む)		・血管ドック ・がんドック ・脳ドック		
対象年齢 (○をつける)	血管がん		S 6 0 . 4 . 1 ～ S 6 1 . 3 . 3 1 生	
			S 5 5 . 4 . 1 ～ S 5 6 . 3 . 3 1 生	
	血管がん 脳		S 5 0 . 4 . 1 ～ S 5 1 . 3 . 3 1 生	
			S 4 5 . 4 . 1 ～ S 4 6 . 3 . 3 1 生	
			S 4 0 . 4 . 1 ～ S 4 1 . 3 . 3 1 生	
			S 3 5 . 4 . 1 ～ S 3 6 . 3 . 3 1 生	
			S 3 0 . 4 . 1 ～ S 3 1 . 3 . 3 1 生	
[脳ドックガイドラインより] ※血縁者に脳卒中になられた方がいる方、高血圧、喫煙者、肥満がある該当年齢の方は脳ドックを受けるようにしてください。				
申請者	住 所	〒 能美市	電話番号	
	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)年度末の年齢
	保険証 の種類	・協会けんぽ ・健保組合 ・その他 ()		
	前回の受診	年 月 (ドックコース)		
	希望病院 (○で囲む)	・能美市立病院 ・寺井病院 ・芳珠記念病院		
・この申請の審査の際、市長が私の市税等の納付状況を閲覧することについて、同意します。 ・検査結果について医療機関から市へ提供することに同意します。 年 月 日 署名				

* 次の欄は、記入しないでください。

受付番号		受付者	
受 診 の 適 否	受診を 適当 ・ 不適 と認める。 [不適の理由] 未完納(納付済 ・ 未)・年齢対象外・助成有・受診有		
受 診 券 交 付 日	年 月 日	交付番号	