

※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、能美市国民健康保険人間ドック・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 (該当箇所○)			糖負荷試験あり(節目年齢:30・35・40・45・50・55・60・65・70歳)	
				糖負荷試験なし	
	がんドック	(肺CT)		S25.4.1～S50.3.31生	
		(肺XP)		S25.4.1～S60.3.31生	
	脳ドック (該当箇所○)			S49.4.1～S50.3.31生	
				S44.4.1～S45.3.31生	
				S39.4.1～S40.3.31生	
				S34.4.1～S35.3.31生	
				S29.4.1～S30.3.31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
	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			
<ul style="list-style-type: none"> 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し必要に応じて保健指導等に活用することに同意します。 					
<p align="center">_____ 年 月 日 署名 _____</p>					

* 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	