

館林市国民健康保険・後期高齢者医療 短期人間ドック健診費助成申請書

館林市長 様 令和7年 月 日

次のとおり申請します。また、人間ドックの結果につきましては、健康相談実施等のため、病院から市役所に報告書を提出することに同意します。

◎以下の太枠の中にご記入ください。

希望する医療機関名を○で囲んでください	公立館林厚生病院 ・ 慶友健診センター ・ 明和セントラル病院 新橋病院 ・ 館林記念病院					
申請者(受診者)	氏 名			生年月日 大・昭・平 年 月 日生		
	住 所			電話番号(日中連絡が取れる番号)(※必須)		
公立館林厚生病院をご希望の方のみご記入ください ※第3希望月は1～3月を記入してください	胃部検査	☐ 胃カメラ(口) ☐ 胃カメラ(鼻) ☐ バリウム ☐ 受診希望なし				
	希望月	第1希望	月	第2希望	月	第3希望 月
	脳ドック	☐ あり				
慶友健診センターをご希望の方のみご記入ください	胃部検査	☐ 胃カメラ ☐ バリウム ☐ 受診希望なし				
	希望月	第1希望	月	第2希望	月	

◎2人目を申請する場合は、以下の太枠の中にもご記入ください。

希望する医療機関名を○で囲んでください	公立館林厚生病院 ・ 慶友健診センター ・ 明和セントラル病院 新橋病院 ・ 館林記念病院					
申請者(受診者)	氏 名			生年月日 大・昭・平 年 月 日生		
	住 所			電話番号(日中連絡が取れる番号)(※必須)		
公立館林厚生病院をご希望の方のみご記入ください ※第3希望月は1～3月を記入してください	胃部検査	☐ 胃カメラ(口) ☐ 胃カメラ(鼻) ☐ バリウム ☐ 受診希望なし				
	希望月	第1希望	月	第2希望	月	第3希望 月
	脳ドック	☐ あり				
慶友健診センターをご希望の方のみご記入ください	胃部検査	☐ 胃カメラ ☐ バリウム ☐ 受診希望なし				
	希望月	第1希望	月	第2希望	月	

※医療機関の受け入れ人員等の関係上、必ずしも受診希望月に利用できないことがありますので、あらかじめご了承ください。
※胃カメラ、脳ドックはオプション検査になります。詳細は直接医療機関へご確認ください。

職員記入欄		被保険者番号	宛名番号	納税確認
	① ☐ 国保 ☐ 後期			
	② ☐ 国保 ☐ 後期			