

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8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 健診センター 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 <small>※第3希望月は1～3月を記入してください</small>	胃部検査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(鼻) <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 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 健診センター 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 <small>※第3希望月は1～3月を記入してください</small>	胃部検査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(鼻) <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 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。

	被保険者番号	宛名番号	納税確認
職員記入欄	① <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期		
	② <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期		