

様式第 1

宛名番号:



伺	起案年月日		令和 年 月 日		整理番号	承認月日
	下記の申請について承認してよろしいか伺います。					
決定	課長	課長補佐	係長	決定年月日	起案者	公印承認
				令和 年 月 日	⑩	

※ 上記には記入しないでください。

15

短期人間ドック利用申込書

被 保 険 者	国保被保険者証 記号番号	伊				
	資格取得年月日					
	利用者氏名			世帯主 との続柄		
	生年月日					
傷病による入院の状況		過去6ヶ月以内に入院を イ. した(月入院) ロ. しない				
介護保険の要介護・要支援 認定の状況 ※65歳以上の方は記入		要介護認定・要支援認定を イ. 受けている ロ. 受けていない				
希望する人間ドックの種別 ※希望する人間ドックの種別に ○を付けてください。 「1 外来形式」と「4 PET 検 診」は同時に受診できません。		1 外来形式 (胃透視 ・ 胃カメラ) 2 肺がんドック(胸部CT検査) 3 脳ドック(2年に1回のみ助成) 4 PET検診(注)京都ルネス病院で受診される方のみです。 (PET 検診は節目年齢となる方のみ助成対象となります) 5 追加検診(上記1. 又は 4.に○を付けた方が追加できます) 裏面の各病院の「追加検査項目一覧表」をご確認の上、希望する検査名を ご記入ください。 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>				
利用希望年月日		令和 年 月 日 ・ いつでもよい				
医療(検査)機関名		京都ルネス病院 弥栄病院 丹後中央病院				
<p>上記により短期人間ドックの利用を申し込みます。</p> <p>個人情報保護に関する法律個人情報の保護に関する法律第 69 条第 2 項第 1 号により検査実施医療機関に対し情報を提供することに同意します。</p> <p>特定健診補助金事務を行うにあたり、所得状況の調査について、町長が行うことに同意します。</p> <p>検査結果は役場にも送付され結果によっては保健師の指導を受けることを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主住所 京都府与謝郡伊根町字</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">(Tel -)</p> <p style="text-align: center;">伊 根 町 長 様</p>						

(裏面有)

(裏面)

○追加検査項目一覧表

(注) 病院毎に検査項目が異なります。

表に掲載されていない検査を希望される場合は、医療機関にご相談ください。

医療(検査)機関名	追加検診		
	検査項目	対象者・助成回数	前年度
京都ルネス病院	乳がん	・ 40歳以上の方 ・ 2年に1回のみ助成	
	子宮がん	2年に1回のみ助成	
	前立腺がん	55歳以上の方	
	骨密度	2年に1回のみ助成	
	大腸内視鏡	2年に1回のみ助成	
弥栄病院	乳がん	・ 40歳以上の方 ・ 2年に1回のみ助成	
	子宮がん	2年に1回のみ助成	
丹後中央病院	乳がん	・ 40歳以上の方 ・ 2年に1回のみ助成	
	子宮がん	2年に1回のみ助成	
	前立腺がん	55歳以上の方	
	骨密度	2年に1回のみ助成	
	上記以外に追加できる検査 ・ 動脈硬化検査 ・ 甲状腺エコー検査 ・ 頸動脈エコー検査 ・ 心臓超音波検査		