

人間ドック補助金交付申請書  
兼人間ドック利用申込書

年 月 日

宮津市長 様

申込者	住所	〒 宮津市字	保険証 記号・番号	
	フリガナ		国 保	宮一
	氏名		後期高齢	
	電話番号	自宅・携帯	男・女	T・S・H 年 月 日生
			年齢 (受診日現在)	歳

受診日 (医療機関決定後記入します) 年 月 日 ( )

※住民健診 (がん検診含む) 受診者は申込出来ませんのでご注意ください (重複不可)

(1) 受診希望の医療機関にチェック(☑)してください。

- 北部医療センター    宮津武田病院    中川医院  
 舞鶴赤十字病院    丹後中央病院    京都ルネス病院

(2) 受診希望日をご記入ください。

( )

●各医療機関の実施日程につきましては、裏面をご参照ください。  
●北部医療センターは5月のゴールデンウィーク明けから受診可能となります。

(3) オプション希望の科目にチェック(☑)してください。

- 希望しない(基本健診のみ)  
 眼底    前立腺    子宮がん    乳がん(マンモ)    乳がん(エコー)  
 その他( ) ※補助対象外となります。

※宮津武田病院と中川医院は眼底・子宮がん・乳がん(マンモ・エコー)を実施していません。  
※舞鶴赤十字病院は前立腺を実施していません。

(4) 胃の検査についてチェック(☑)してください。

- 胃カメラ(鼻)    胃カメラ(口)    透視(バリウム)    胃検査不要

※中川医院及び京都ルネス病院は胃カメラ(鼻)を実施していません。 【裏面あり】

宮津市人間ドック総合健康診断補助金交付要綱第6条の規定により、上記のとおり申請します。

なお、受診した取扱医療機関から市長あてに検査成績表及び問診表の写しが提出されることを承諾します。

人間ドック受診の際に別途自己負担額(通訳等)が発生した場合、受診者負担とします。

資格状況：有・無   収納状況：可・不可