

宛名コード				受付番号			
受診者	ふりがな			性別	被保険者番号		
	氏名			男・女			
	生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳
検診区分	1. 人間ドック 2. 脳ドック						
受診期間	令和6年4月1日～令和7年3月31日（但し始期は75歳到達日以降とします）						
実施機関	小山市が指定した検診医療機関						

同意確認欄

上記のとおり申請します。申請にあたり、次に掲げる事項について同意します。

1. 後期高齢者医療保険料の納付状況について、小山市の定めによる調査をすること。
2. 検診結果について、検査医療機関が小山市に情報を提供し、必要に応じて保健事業等に活用すること。
3. 人間ドック等の受診は年度内1回のみで、同じ年度内に特定健康診査または後期高齢者健康診査との重複受診はできません。

令和 年 月 日

小山市長 浅野 正富 様

〒 ー

小山市 _____

申請者氏名 _____

電話番号 () _____

携帯電話 _____

《 注 意 》

※検査項目に含まれないがん検診は、市の検診で受診することができます。対象のご年齢の方には、4月中旬頃に各ご家庭に「小山市健診ガイド(住民健診のご案内)」を送付いたしますので、内容をご確認のうえお申込みください。

○脳ドックご希望の方……………胃・肺・大腸がん検診のお申込みができます

○女性の方……………女性がん（子宮・乳）検診のお申込みができます

なお、人間ドックの検査項目には、胃がん・肺がん・大腸がん検診が含まれています。

※前立腺がん検診を希望する男性の方は、医療機関でのドック予約時に、「市の助成で前立腺がん検診も受けたい」とお申し出いただくことで受診できます。ただし、新小山市民病院の脳ドックでは同時に前立腺がん検診を受けることができませんので、市の集団検診でお申込みください。

起案日	令和	年	月	日	納付状況	1. 滞納なし	受付印
決裁日	令和	年	月	日		2. 滞納あり	
決裁	課長	係長	係		審査結果	1. 決定	
					備考		