

京丹波町長

様

〒

住 所 京丹波町

被保険者氏名

生 年 月 日

被保険者番号

電 話 番 号

京丹波町後期高齢者人間ドック補助金交付申請書兼利用申込書

京丹波町後期高齢者人間ドック補助金交付要綱に基づき、次のとおり申し込みます。なお、受診した医療機関から京丹波町あてに健診結果表の写しが提出されること、また京丹波町から京都府後期高齢者医療広域連合に健診結果を提供し、必要に応じて保健指導等に活用することを承諾します。

受 診 希 望 日 : 年 月 日 ()

◆希望するものにチェックをしてください

- 受診希望医療機関 : 京都中部総合医療センター 綾部市立病院
 明治国際医療大学附属病院 京都第二赤十字病院
 京都第一赤十字病院 国保京丹波病院
 市立福知山市民病院

- 希望する検査 : 胃の検査 (カメラ ・ バリウム)
 前立腺検診 (男性のみ)
 乳がん検診 (女性のみ)
 子宮がん検診 (女性のみ)

※国保京丹波町病院では、婦人科検診の受診はできません。

※上記項目以外の追加オプション (脳ドックや胸部CT等) は、全額自己負担となります。

希望の検査項目があれば、医療機関に直接ご連絡ください。

※この欄には記入しないでください

| 当該年度の利用 | 町健 (検) 診の利用 | 保険料の滞納 | 確認者 |
|-------------|---|-------------|-----|
| 有 ・ 無 | 基本検査 (有・無) 大腸がん (有・無) 胃がん (有・無) 肺がん (有・無) その他がん検査 () | 有 ・ 無 | |