

記入例

*以下の記入例を参考に記入してください

申請期限:令和7年12月28日(日)まで(当日消印有効)

※窓口申請は令和7年12月26日(金)まで

郵送先:〒312-8501 ひたちなか市東石川2丁目10番1号

ひたちなか市国保年金課 人間ドック担当

様式第1号(第7条関係)

ひたちなか市国民健康保険・後期高齢者医療 人間ドック及び脳ドック補助金交付申請書

令和 7 年 4 月 12 日

ひたちなか市長 殿

私は、次の事項に同意し、ひたちなか市国民健康保険・後期高齢者医療人間ドック及び脳ドック補助金交付要綱第7条の規定により、ひたちなか市国民健康保険・後期高齢者医療人間ドック及び脳ドック補助金の交付を申請します。

- (1)受診日において国民健康保険・後期高齢者医療の被保険者でない場合は、人間ドック及び脳ドックの健診費用は全額自己負担となること。
 - (2)人間ドックと脳ドックの受診に係る補助金は、いずれか一方の健診について申請をすること。両方の健診について補助金の申請をし、受診したときは、後に受診した健診に対して市が負担した金額を返還すること。
 - (3)人間ドックを受診する場合には、特定健康診査・後期高齢者健康診査との重複受診をしないこと。重複受診となったときは、後に受診した健診に対して市が負担した金額を返還すること。
 - (4)人間ドックを受診する場合には、当該人間ドックの結果を市へ提供し、市がその結果を保健事業に利用すること。
- *当該人間ドックの結果は、健診機関から市へ提供されます。

記

申請者 (受診者)	フリガナ	カツタ ソウコ	性 別	男・女
	氏 名	勝田 湊子	印	男・女
	生年月日	大正昭和平成 43 年 4 月 10 日	(4月1日現在)	56 歳
	住 所	ひたちなか市 東石川2丁目10番1号		
電話番号	(自宅) 029-273-0111 (携帯) 090-XXXX-△△△△			

希望する健診の種類に○を記入してください。(健診機関は一つだけ選択してください)

健診機関名	健診の種類			
	人間ドック	婦人科検査		
日製ひたちなか総合病院(石川町)	☐	乳房(超音波)	子宮	
勝田病院(中根)	胃部X線 内視鏡	—	—	—
アイビークリニック(笹野町1丁目)		—	—	—
つだ中央クリニック(津田)		—	—	—
尚仁会クリニック(堀口)	胃部X線 内視鏡	乳房(超音波)		
水戸済生会総合病院(水戸市双葉台)	胃部X線 内視鏡	乳房(超音波)	乳房(マンモグラフィ)	子宮
東関東クリニック(水戸市白梅)	胃部X線 内視鏡	乳房(超音波)		子宮
いばらき健康管理センター(水戸市見川町)		乳房(超音波)	乳房(マンモグラフィ)	子宮
水戸中央病院(水戸市六反田町)	胃部X線 内視鏡	乳房(超音波)	乳房(マンモグラフィ)	子宮
茨城県メディカルセンター(水戸市笠原町)		乳房(超音波)	乳房(超音波・マンモグラフィ)	子宮

※1 水戸済生会総合病院(乳房検査): 年度末年齢が奇数→超音波、偶数→マンモグラフィ

※2 水戸中央病院: 胃部X線は74歳以下の方のみ、乳房検査(マンモグラフィ)は年度末年齢が40歳以上74歳以下の方のみ

※3 茨城県メディカルセンター: 乳房検査(マンモグラフィ)のみの受診はできません

*人間ドック・脳ドックの健診結果は、情報の重要性を十分認識し、適切に取り扱います。

【保険者(市)使用欄】

該当	非該当	世帯番号/ 被保険者番号	宛名番号
----	-----	-----------------	------

申請書を提出する日付(郵便に出す日、窓口を持参する日)を記入してください

自署してください(押印不要)
受診希望者以外が手続きする場合は、押印が必要です

令和7年4月1日現在の年齢を記入してください

自宅・携帯の電話番号を
両方お持ちの方は、両方記入してください

希望する1つの健診機関の人間ドック欄に○を記入してください

婦人科検査を選択できる場合は、希望する内容があれば、○で囲んでください

胃部の検査をX線(バリウム)か内視鏡が選択できる場合は、いずれかを○で囲んでください

※1:「水戸済生会総合病院」での乳房検査は、年度末の年齢によって検査方法(超音波・マンモグラフィ)が指定されています

※2:「水戸中央病院」での胃部検査は、受診日年齢が75歳以上の方は内視鏡となります
乳房検査(マンモグラフィ)は、年度末の年齢が40歳以上74歳以下の方のみ、2年に1回受診できます

※3:「茨城県メディカルセンター」での乳房検査(超音波・マンモグラフィ)は、マンモグラフィのみの受診はできません
35~39歳の間に1回、40歳以上の方は2年に1回受診できます