

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 年 月 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。
* 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		性別
	氏名	印 ※自署の場合は、押印は不要です。	男・女
	生年月日	大正・昭和 年 月 日	(4月1日現在) 歳
	住所	ひたちなか市	
	電話番号	(自宅) - - (携帯) - -	

希望する健診機関の番号に○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)

番号	健診機関名	健診の種類
1	日製ひたちなか総合病院(石川町)	脳ドック
2	恵愛小林クリニック(幸町)	脳ドック
3	聖麗メモリアルひたちなか(馬渡)	脳ドック
4	聖麗メモリアル病院(日立市茂宮町)	脳ドック
5	水戸ブレインハートセンター(水戸市青柳町)	脳ドック
6	ブレインピアひたちなか(馬渡)	脳ドック
7	水戸中央病院(水戸市六反田町)	脳ドック

* 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	国保番号/ 被保険者番号	宛名番号
----	-----	-----------------	------