

# 記入例（郵送申請の場合）

**\*以下の記入例のとおりに申請書を作成し、郵送により申請してください**

**申請期間：平成31年3月18日(月)から令和元年12月27日(金)まで（※当日消印有効）**

**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 元年 5 月 7 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、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・後期高齢者医療の資格を喪失している場合には、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。
- (3) 人間ドックの結果を市へ提供し、国民健康保険の保健事業の対象となる場合には、当該結果を保健事業に利用すること。

記

申請者 (受診者)	フリガナ	<b>カツタ ソクコ</b>	性 別	
	氏 名	<b>勝田 湊子</b>	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	
	生年月日	大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 43 年 7 月 15 日	(4月1日現在)	50 歳
	住 所	ひたちなか市 <b>東石川2丁目10番1号</b>		
	電話番号	(自宅) <b>029-273-0111</b> (携帯) <b>090-XXXX-△△△△</b>		

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	人間ドック		婦人科検査		
	胃部X線	内視鏡	乳房(超音波)	乳房(マンモグラフィ)	子宮
日製ひたちなか総合病院(石川町)			乳房(超音波)		子宮
北友会勝田病院(津田)	胃部X線	内視鏡			
浦川会勝田病院(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)					
水戸済生会総合病院 (水戸市双葉台)	<input checked="" type="radio"/> 胃部X線	内視鏡	<input checked="" type="radio"/> 乳房(超音波)	乳房(マンモグラフィ)	<input checked="" type="radio"/> 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

\* 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
----	-----	-----------------	--	------

申請書を郵便に出す日付を記入

自署でないときは  
押印してください  
(認印で結構です)

平成31年4月1日  
現在の年齢を記入

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

一つの健診機関のうち  
希望する健診の種類を  
○で囲んでください

「水戸済生会総合病院」での  
乳房検査をご希望の方は、  
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  
指定されていますので  
ご注意ください!