

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、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		性別
	氏名	印 <small>※自署の場合は、押印は不要です。</small>	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		
	胃腸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)			○		○
北友会勝田病院(津田)	○	○			
浦川会勝田病院(中根)	○	○			
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)	○	○	○	○	○
東関東クリニック(水戸市白梅)	○	○	○		○
いばらき健康管理センター(水戸市見川町)			○	○	○

※ 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
--------	-----------------	------