

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 ※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) — —	

希望区分に○を記入してください。

健診機関名	健診種類	希望区分
日製ひたちなか総合病院(石川町)	脳ドック	
北友会勝田病院(津田)	脳ドック	
浦川会勝田病院(中根)	脳ドック	
恵愛小林クリニック(幸町)	脳ドック	
聖麗メモリアルひたちなか(馬渡)	脳ドック	
聖麗メモリアル病院(日立市茂宮町)	脳ドック	
大洗海岸病院(大洗町大貫町)	脳ドック	
水戸ブレインハートセンター(水戸市青柳町)	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	
--------	-----------------	--	------	--