

国民健康保険加入者(30~74歳) 用

様式第1号(第5条関係)

その1 (受付用)

高萩市国民健康保険生活習慣病予防健診費補助金交付申請書

被保険者世帯の世帯主	住 所	高萩市	
	氏 名		
健診を受ける者(被保険者)	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	生(満 歳)
希望する健診の種目	<input type="checkbox"/> 人間ドック		
	<input type="checkbox"/> 脳ドック		
希望する指定健診機関	人 間 ド ッ ク	<input type="checkbox"/> 県北医療センター高萩協同病院 <input type="checkbox"/> やすらぎの丘温泉病院 <input type="checkbox"/> 日立メディカルセンター	
	脳 ド ッ ク	<input type="checkbox"/> 県北医療センター高萩協同病院 <input type="checkbox"/> 聖麗メモリアル高鈴 <input type="checkbox"/> 聖麗メモリアル病院	
健診結果等の利用の同意・不同意 (※人間ドックを受診する者で、かつ、申請年度において40歳から74歳に到達する者に限る。)		高萩市が、指定健診機関に、私の健診結果等から高齢者の医療の確保に関する法律第18条に規定する特定保健指導の実施のために必要な資料を作成させ、また利用することに関し <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。	
費用負担	健 診 費 用	※	円
	市 補 助 金	※	円
	受 診 者 負 担 金	※	円

国民健康保険の加入者で、令和4年4月1日時点で30歳以上の方が対象です。

希望する種目のどちらか一つにチェック☑をつけてください。

希望する健診機関にチェック☑をつけてください。

人間ドックを受診する方は、健診結果の利用の同意にご協力ください。

高萩市国民健康保険生活習慣病予防健診費補助金交付要項第5条第1項の規定に基づき、補助金の交付を申請します。

令和 年 月 日

高萩市長 あて

申請者
(受診者)

住 所 高萩市

氏 名

連絡先 ()

世帯コード ※

個人コード ※

※欄は、記入しないでください。

(注) 年齢は、4月1日現在の満年齢を記入してください。

脳ドックを希望する方

- (1) 心臓ペースメーカーを装着されている方は、脳ドックは受診できません。
- (2) 既往歴に心房細動がある方、または入れ墨・眉などのアートメイクの施術を行っている方は、聖麗メモリアル高鈴での脳ドックは受診できません(その場合、聖麗メモリアル病院または県北医療センター高萩協同病院での受診となります)。
- (3) 体内に金属(インプラントなど)が入っていると受診できない場合がありますので、事前に各健診機関にご確認ください。