

後期高齢者医療保険加入者(75歳～)用 (65歳以上の一定の障害を持つ方含む)

様式第1号 (第5条関係)

その1 (受付用)

高萩市後期高齢者医療生活習慣病予防健診費補助金交付申請書

健診を受ける者 (被保険者)	住 所	高萩市	
	ふ り が な		男・女
	氏 名		
	生 年 月 日	T・S 年 月 日	(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		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125条に規定する高齢者保健事業を実施するために必要な資料を作成させ、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
	内 訳	市 補 助 額	※ 円
		受 診 者 負 担 額	※ 円

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。

高萩市後期高齢者医療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 宛て

申請者
(受診者)

住 所 高萩市

氏 名

連絡先 ()

被保険者番号 ※

整理番号 ※

※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。