



国民健康保険人間ドック及び脳ドック健康診査費用補助金交付申請書

日立市長 殿

私は、次の事項を確認し、日立市国民健康保険人間ドック及び脳ドック健康診査費用補助金交付要綱第7条の規定により、補助金の交付を申請します。

- 1 受診日に日立市の国民健康保険被保険者である。
- 2 受診日の属する前年度までの国民健康保険料を完納している。
- 3 人間ドック等の受診結果等を市へ提供し、特定保健指導の対象となった場合は当該結果を保健事業に利用することに同意する。
- 4 人間ドックまたは併診ドックを受診する場合は、市の特定健康診査（集団健診または医療機関健診）との重複受診をしないこと。重複受診をしたときは、特定健康診査にかかる費用を市へ返還することに同意する。
- 5 脳ドックの申請については、前年度及び前々年度に補助を受けていない。

上記1～5の補助要件をすべて満たしています。

令和  年  月  日

申請者 (受診者)	被保険者 記号・番号	2ヒ								※7桁	
	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	昭和		年		月		日			
	住所										
	日中つながる 電話番号										

受診年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
-------	---

受診する種別に ○をつけてください (※1つのみ)	人間ドック	
	脳ドック	
	併診ドック	

受診医療機関名(○をつけてください)		
①日立総合病院(日立総合健診センター)		⑧久慈茅根病院
②日立健康管理センタ		⑨田尻ヶ丘病院
③日立メディカルセンター		⑩永井ひたちの森病院
④日鉱記念病院		⑪聖麗メモリアル病院(茂宮町)
⑤ひたち医療センター		⑫聖麗メモリアル高鈴
⑥川崎病院		
⑦日立おおみか病院		
その他の医療機関の場合、下欄に記入してください。		