

（表）

国民健康保険被保険者人間ドック健診費助成金交付申請書				
令和 年 月 日				
筑西市長 様				
(申請者) 住 所				
氏 名				
印				
電話番号				
人間ドック健診費助成金の交付を受けたいので、筑西市国民健康保険被保険者人間ドック健診費助成金交付要項第6条の規定により、次のとおり申請します。				
助成金交付申請額	円			
世帯主の氏名				
健診を受ける方	ふりがな 氏 名	(男・女)		
	生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳
	国民健康保険証記号番号	筑西		
健診の種類 及び助成額	<input type="checkbox"/> 短期人間ドック健診 20,000円	<input type="checkbox"/> 脳ドック健診 25,000円	<input type="checkbox"/> 併診ドック健診 25,000円	
健診機関名				
健診日	令和 年 月 日 ()			
同 意 書				
人間ドック健診の結果及び問診内容等のうち、特定健康診査に係る検査項目に関して、健診機関を通じて筑西市に報告され、必要に応じ特定保健指導に活用されることに同意します。				
令和 年 月 日				
申請者氏名 _____ 印				
費用負担	健診費	円		
	市助成金	円		
	受診者負担金	円		
保険者整理用	該当・非該当		整理番号	

（注）裏面の注意事項を確認のうえ、記入願います。

(裏)

<記入上の注意>

- 1 太わくの中だけ記入してください。
- 2 ご自身で健診機関に人間ドックの予約をしてから、申請書を提出ください。
- 3 「年齢」の欄は、健診日における年齢を記入してください。
- 4 健診機関の都合により、健診日を変更していただく場合もありますので、ご了承ください。
- 5 健診予定日に受診できなくなったときは、予約の変更後、必ず筑西市役所（国民健康保険主管課）に届け出てください。
- 6 健診日に国民健康保険の資格のない方は、助成は受けられません。
- 7 人間ドック健診費助成は、同年度に特定健康診査及び重複するガン検診を受診している場合には受けられません。
- 8 短期人間ドック健診の助成は毎年度1回、脳ドック又は併診ドック健診は3年度に1回の助成となります。
- 9 健診項目をすべて受診しないと、助成が受けられない場合があります。