

様式第1号（第4条関係）

国民健康保険脳ドック健診費補助金交付申請書

年 月 日

常陸大宮市長 様

申請者 住所

氏名

常陸大宮市国民健康保険脳ドック健診費補助金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

補助金の申請に当たっては、国民健康保険税の納付状況について担当職員が確認すること、および脳ドック健診の結果について市が管理することに同意します。

なお、補助金の交付決定を受けたときは、その請求及び受領についての権限を、指定医療機関の長に委任します。

記

受 診 者	ふりがな		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年 月 日生	歳	
	住所			
	電話番号			
被保険者番号				
希 医 療 機 関 名	望			

※審査欄（ここは記入しないでください。）

前年度の保険税の状況	完納・滞納あり
前年度の交付状況	有・無
特定健診の受診状況	有・無

対象者の確認です。すべての項目に回答しないと申請できません。

○下記の項目について、「はい」か「いいえ」のあてはまる方を○で囲んでください。

※内容確認のため、お電話させていただく場合があります。

- | | |
|--|--------------|
| ・常陸大宮市国民健康保険に今年度の4月1日から、脳ドックを受診する日まで継続して加入している | 【 はい ・ いいえ 】 |
| ・年度末日に40歳以上である | 【 はい ・ いいえ 】 |
| ・今年度内に『特定健診』『人間ドック』『職場健診』いずれかを受診または、受診予定である | 【 はい ・ いいえ 】 |
| ・昨年度、市から脳ドック健診費の助成を受けていない | 【 はい ・ いいえ 】 |
| ・現在、脳疾患等で治療中、経過観察中ではない
(妊娠中の方は、 <u>受診できません。</u>) | 【 はい ・ いいえ 】 |
| ・心臓ペースメーカーを使用していない
(体内に金属・クリップ等のある方も受診できない場合があります。
<u>ご希望の医療機関へ直接お問い合わせください。</u>) | 【 はい ・ いいえ 】 |



1つでも「いいえ」に○がついた方は、助成の **対象外** です。

《 注 意 》

- ・前年度までの国民健康保険税に未納があった場合は、受診券を交付できません。
- ・受診券と決定通知書は、申請から3週間程度で発送します。
- ・受診券が届いてから脳ドックの予約をしてください。

ご不明な点があれば 医療保険課 0295-52-1111 (内線163) へお問い合わせください。