

様式第1号（第4条関係）

後期高齢者医療脳ドック検診費補助金交付申請書

令和 年 月 日

常陸大宮市長 鈴木 定幸 様

申請者 住所 茨城県常陸大宮市

氏名

常陸大宮市後期高齢者医療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。

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。

また、脳ドック健診結果を市に提供するとともに、必要に応じて保健事業に活用することに同意します。

記

受診者	ふりがな		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	大・昭 年 月 日		
	住所	茨城県常陸大宮市		
	電話番号			
	被保険者番号			
受診予定年月	令和 年 月			
指定医療機関名				

※補助金の申請に当たり、後期高齢者医療保険料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。

※医療保険課使用（ここには記入しないでください）

納期限が到来した保険料の状況	完納・滞納あり
前年度の交付状況	有・無

脳ドック健診に係る対象者等について

◆対象者（次の項目すべてに該当する方）

- 1. 脳ドックを受診した日において、市内に住所を有する被保険者の方
- 2. 補助金の交付を申請した日において、納期限が到来している後期高齢者医療保険料を全額納付している方

◆対象外

- 1. 昨年度、市で実施する脳ドック補助金の交付を受けた方
- 2. 現在、脳疾患等で医師の治療を受けている方
- 3. 心臓にペースメーカーを装着している方
(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)

※2、3については、ご自身で医療機関に確認してください。

申請に必要なもの

保険証

指定医療機関

ブレインピア南太田、水戸ブレインハートセンター、聖麗メモリアル病院

聖麗メモリアルひたちなか、常陸大宮済生会病院、筑波大学附属病院

※筑波大学附属病院は人間ドックと併せて受診となります。