



後期高齢者医療保険人間ドック及び脳ドック健康診査補助金交付申請書

日立市長 殿

私は、次の事項を確認し、日立市後期高齢者医療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 受診日において、日立市の後期高齢者医療保険被保険者である。
- 2 受診日の属する前年度までの後期高齢者医療保険料を完納している。
- 3 人間ドック及び併診ドックについては、日立市及び茨城県後期高齢者医療広域連合が健診結果の提供を受けること及び健診結果を保健指導等に活用することに同意する。
- 4 人間ドック又は併診ドックを受診する場合は、日立市が実施する後期高齢者の健康診査（集団健診又は医療機関健診）との重複受診をしないこと。重複受診をしたときは、補助金を日立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脳ドックの補助を受けていない。

上記1～5の補助要件を全て満たしています。 令和 年 月 日

申請者 (受診者)	被保険者番号 ※8桁	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	フリガナ	<input type="text"/>											
	氏名	<input type="text"/>											
	生年月日	明治	大正	昭和	<input type="text"/>	年	月	日					
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
	住所	<input type="text"/>											
電話番号	<input type="text"/>												

受診年月日	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>
受診する種別に ○をつけてください (※1つのみ)	人間ドック		<input type="checkbox"/>					
	脳ドック		<input type="checkbox"/>					
	併診ドック		<input type="checkbox"/>					

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)	<input type="checkbox"/>	⑦久慈茅根病院	<input type="checkbox"/>
②日立健康管理センタ(会瀬町)	<input type="checkbox"/>	⑧田尻ヶ丘病院	<input type="checkbox"/>
③日立メディカルセンター	<input type="checkbox"/>	⑨永井ひたちの森病院	<input type="checkbox"/>
④日鉱記念病院	<input type="checkbox"/>	⑩聖麗メモリアル病院(茂宮町)	<input type="checkbox"/>
⑤ひたち医療センター	<input type="checkbox"/>	⑪聖麗メモリアル高鈴	<input type="checkbox"/>
⑥川崎病院	<input type="checkbox"/>		
その他の医療機関の場合、下欄に記入してください。			
<input type="text"/>			

決定	入力	受付
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>