様式第５号（第９条関係）

後

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辞退届出書

年　　月　　日

日立市長　殿

私は、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の決定を受けましたが、人間ドック及び脳ドック健康診査を受診予定日に受診することができないため、補助金交付を辞退します。

被保険者	被保険者番号									※８桁
	フリガナ									
	氏名									
	生年月日	年　　月　　日								
	住所									
	電話番号									

受診予定年月日	年　　月　　日	受診種別	人間ドック ・ 脳ドック ・ 併診ドック

受診予定であった医療機関１つに○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）		⑦日立おおみか病院	
②日立健康管理センタ（会瀬町）		⑧久慈茅根病院	
③日立メディカルセンター		⑨田尻ヶ丘病院	
④日鉱記念病院		⑩永井ひたちの森病院	
⑤ひたち医療センター		⑪聖麗メモリアル病院（茂宮町）	
⑥川崎病院		⑫聖麗メモリアル高鈴	
その他の医療機関の場合、右欄に記入してください			

補助金交付の辞退理由についてあてはまるものに○をつけてください。

１．日程が合わないため　２．健康上の理由のため　３．金銭的な理由のため
４．特定健診を受診する（受診した）ため　５．補助金交付の要件を満たさないため
６．その他（理由：　　）

※決定通知書と一緒に国民健康保険課又は支所の窓口に提出してください。郵送の場合は国民健康保険課へ