



様式第1号

国民健康保険人間ドック及び脳ドック健康診査費用補助金交付申請書

日立市長 殿

私は、次の事項に同意し、日立市国民健康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 受診日に日立市の国民健康保険被保険者でない場合は、人間ドック及び脳ドックの健診費用は全額自己負担となること。
- 2 人間ドック及び脳ドックの受診結果等を市へ提供し、特定保健指導の対象となった場合は当該結果を保健事業に利用すること。
- 3 人間ドックまたは併診ドックを受診する場合は、市の特定健康診査（集団健診または医療機関健診）との重複受診をしないこと。重複受診をしたときは、特定健康診査にかかる費用を市へ返還すること。

令和 **4** 年 **10** 月 **26** 日

申請者 (受診者)	被保険者 記号・番号	2ヒ	1	2	3	4	5	6	7	※7桁	
	フリガナ	ヒタチ シゲコ									
	氏名	日立 茂子									
	生年月日	西暦	1	9	7	0	年	9	月	16	日
	住所	日立市 助川町 1-1-1									
	日中つながる 電話番号	0294-22-3111									

受診年月日	令和 5 年 3 月 20 日
-------	--------------------------------------

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 checked="" type="radio"/>
	脳ドック	<input type="radio"/>
	併診ドック	<input type="radio"/>

希望する医療機関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)	<input checked="" type="radio"/>	⑧久慈茅根病院
②日立健康管理センタ	<input type="radio"/>	⑨田尻ヶ丘病院
③日立メディカルセンター	<input type="radio"/>	⑩永井ひたちの森病院
④日鉱記念病院	<input type="radio"/>	⑪聖麗メモリアル病院(茂宮町)
⑤ひたち医療センター	<input type="radio"/>	⑫聖麗メモリアル高鈴
⑥川崎胃腸科肛門科病院	<input type="radio"/>	⑬山手クリニック
⑦日立おおみか病院	<input type="radio"/>	
その他の医療機関の場合、下欄に記入してください。		