

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

令和 年 月 日

日立市長 殿

私は、次の事項に同意し、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 受診日に日立市の後期高齢者医療保険被保険者でない場合は、人間ドック等の健診費用は全額自己負担となること。
- 2 人間ドック等の受診結果等を市へ提供し、市が当該結果を保健事業に活用すること。
- 3 人間ドックまたは併診ドックを受診する場合は、市が実施する後期高齢者の健康診査（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、補助金を市へ返還すること。

上記1～3の事項について同意します。

申請者 (受診者)	被保険者番号 ※8桁											
	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日							
	住所											
	電話番号											

受診年月日	令和 年 月 日	受診種別	人間ドック・脳ドック・併診ドック
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)		⑦ 日立おおみか病院	
② 日立健康管理センタ		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 川崎胃腸科肛門科病院		⑫ 聖麗メモリアル高鈴	
その他の医療機関の場合、下欄に記入してください。			

決定	入力	受付