

高砂市国民健康保険 人間ドック・脳ドック助成金交付申請書

令和 年 月 日

高砂市長 様

人間ドック・脳ドック助成金の交付を受けたいので、高砂市国民健康保険保健事業の助成に関する要綱第4条の規定により申請します。

申請者名		電話番号	—	—
申請者住所	(〒 —)			

被保険者 (受診希望者)	被保険者番号								(枝番)			
	(フリガナ)										性別	☐ 男
	氏名	☐ 同上										☐ 女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日										
	住所	(〒 —) ☐ 同上										

受診希望医療機関（☒を記入してください。）

人間ドック	☐ 高砂市民病院 ☐ 高砂西部病院 胃部検査（ ☐ 胃カメラ希望 ☐ 胃透視希望 ） <u>人間ドックの受診希望者は以下の内容に同意していただきます。</u> ☒ 特定健診等に関する業務を実施する目的で、高砂市が 各指定医療機関から特定健康診査等に関する健診結果 データの提供を受けること。
脳ドック	☐ 高砂市民病院 ☐ 森脇神経内科

※人間ドックと脳ドックの両方を受診することも可能です。
※同じ年度内に特定健診を受診する場合は、高砂市の助成を受けて人間ドックを受診することはできません（特定健診と脳ドックは同じ年度内でも受診できます）。

〔市記入欄〕

資格取得日	S・H・R 年 月 日	納付状況	完納 ・ 滞納
受診ドック	人間ドック ・ 脳ドック	受付	
保険変更予定	無 ・ 有 ()		