

人間ドック・脳ドック健診助成申請書

年 月 日

東近江市長 様

〒

申請者 住所 東近江市

氏名

電話

次のとおり東近江市人間ドック・脳ドック健診の助成を申請します。

被保険者記号番号	滋 東 (枝番)
健診を受ける被保険者氏名・生年月日	年 月 日生
受診予定日	年 月 日
受診予定健診機関名	
ドックの種類	人間ドック ・ 脳ドック

下記質問に対し、選択肢のうち該当するものを○で囲んでください。

質 問	喫煙について	喫煙していない ・ 喫煙している
	血圧・コレステロール・糖尿病のお薬について	飲んでいない ・ 飲んでいる ※下記に該当する薬に○ (血圧 ・ コレステロール ・ 糖尿病)

下記の事項を承諾し、東近江市人間ドック・脳ドックの健診の助成を申請します。

【 承諾事項 】

- 1 助成申請の審査のため必要な範囲で、市が国民健康保険の資格確認及び国民健康保険料の納付に関する資料を閲覧すること。
- 2 人間ドック及び特定健康診査の項目を含む脳ドックを受診した場合、医療機関健診又は今年度の市の特定健康診査（治療中患者情報の提供票を含む。）を受診できないこと。
- 3 健診結果の写しが医療機関から市へ提供されること、又は受診者が健診結果を市へ提供すること。
- 4 健診結果により、市の保健指導を受けること。

(署名)

印

確認事項	確認欄
健診時に市内に3箇月以上在住している。	
東近江市国民健康保険の加入者で、健診受診日において19歳以上75歳未満である。	
国民健康保険料を完納している。	
当該年度の4月1日から翌年2月末日までの受診である。	
受診日の属する年度内に東近江市国民健康保険による特定健康診査を受診していない者であって、治療中患者情報提供票を提出していない。（特定健康診査の項目を含まない脳ドックは除く。）	

上記確認の上、受診票の交付を (決定 ・ 却下) します。

受付者