

つくば市人間ドック等健康診査受診助成決定通知書

受診者	住所		受付番号	※ ー			
	ふりがな		個人コード	※			
	氏名		世帯主名				
			電話番号				
	生年月日	S T M	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
	保険の種類	1 国民健康保険 2 後期高齢者医療保険		被保険者証番	号		
申請内容	受診予定日	年 月 日		変	年 月 日		
	健診機関名			更			
	健診の種類及び助成額	□人間ドック 17,500円		□脳ドック 25,000円			

年 月 日付けで申請のあった人間ドック等健康診査受診費用の助成については、上記のとおり決定しましたので通知します。

年 月 日

つくば市長 五十嵐立青 ⑧

同意書

ドック健診の結果及び問診内容等のうち、特定健康診査に係る検査項目に関しては、検査機関を通じてつくば市に報告され、必要に応じ特定保健指導に活用されることに同意します。

年 月 日

つくば市長 宛て

受診者氏名

- (注) 1 この通知書(医療機関控用)は、受診の際に特定健康診査受診券と合わせて、健診機関に提出してください。
- 2 受診予定日及び申請内容に変更のあるときは、つくば市に届け出てください。
- 3 受診日に国民健康保険又は後期高齢者医療保険の資格のない方は、助成は受けられません。
- 4 ドック健診受診者は、同年度の特定健康診査及び重複するガン検診項目の助成は受けられません。
- 5 人間ドックの助成は1年度に1回、脳ドックは5年度に1回の助成となります。
ただし、同一年度内に助成を受けられるのは、そのいずれか一方のみです。
- 6 受診項目をすべて受診しないと、助成が受けられない場合があります。