

様式第1号(第7条関係)

つくば市人間ドック等健康診査受診助成申請書

受診者	住所		受付番号	※ —			
	ふりがな		個人コード	※			
	氏名		世帯主名				
			電話番号				
	生年月日	H S T	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	変更	年 月 日			
	健診機関名		更				
	健診の種類及び助成額	<input type="checkbox"/> 人間ドック 17,500円		<input type="checkbox"/> 脳ドック 25,000円			

上記のとおり、人間ドック等健康診査受診費用の助成を受けたいので、申請します。

年 月 日

つくば市長 宛て

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

受診者署名

- (注) 1 ※の欄は、記入しないでください。
 2 「年齢」の欄は、年度内における年齢(健診年齢)を記入してください。
 3 「保険の種類」の欄は、該当するものに○を付けてください。
 4 受診予定日に受診できないときは、予約の変更後つくば市に届け出てください。
 5 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。
 6 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。
 7 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。
 8 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。