

記入例

記入例で太字になっている部分をご記入ください。

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	つくば市研究学園1丁目1番地1	受付番号	※ —		
		コミュニティ棟 102号	個人コード	※		
	ふりがな	つくば たろう	世帯主名	つくば 花子		
	氏名	つくば 太郎	電話番号	029-883-1111		
	生年月日	H 30 年 10 月 20 日 S I	年齢	70 歳	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
	保険の種類	① 国民健康保険 ② 後期高齢者医療保険	被保険者番号			
申請内容	受診予定日	令和 8 年 3 月 26 日	令和 年 月 日			
	健診機関名	〇〇〇〇センター	年度末時点での年齢をご記入ください。			
	健診の種類及び助成額	<input checked="" 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。また、ドック健診の結果及び問診内容等のうち、別表に掲げる検査項目に関し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。

「被保険者番号」は空欄で構いません。

令和 **7** 年 **12** 月 **10** 日

つくば市長 宛て

- (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、同年度に複数回受診されるのは、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。
- を付けてください。

※本年度、つくば市の健康診断を受診しましたか (はい・いいえ)

(事務処理欄)

受付	確認	交付	決裁	収受印