

常陸太田市 国民健康保険 生活習慣病予防 健診費補助金交付申請書
 後期高齢者
 (いずれかにしてください)

被保険者住所	常陸太田市 町		
世帯主名			
受診する被保険者	氏名	男・女	
	生年月日	昭和 年 月 日生 (歳)	
希望する健診の種類	1 人間ドック 2 節目人間ドック (本年度 40, 50, 60, 70 歳到達者) 3 脳ドック *希望する番号に○を付けてください。		
費用負担区分	受診者負担額	人間ドック 12,000 円 脳ドック 6,000 円	節目人間ドック 6,000 円

常陸太田市〔国民健康保険生活習慣病予防健診費補助金〕交付要項第5条に基づき
 〔後期高齢者健診費補助金〕
 〔生活習慣病予防健診費補助金〕の交付を申請します。
 〔健診費補助金〕

令和8年 月 日

申請人 住所 常陸太田市 町
 (受診予定者) 氏名
 連絡先 電話 ()

常陸太田市長 殿

*日中連絡のとれる連絡先を記入してください(携帯電話番号可)。

国保番号

受付番号

同意事項 (確認してを付してください)

申請に当たり、私が受診する上記健康診査の結果について、常陸太田市において保存し、必要に応じて、市の実施する保健指導などへ活用(人間ドックの場合は匿名化し部分的に国へ報告)されることに同意します。

* 次の健診機関のうち、人間ドック、脳ドックいずれかを選択してください。

* 第一希望には①、第二希望には②と記入してください。(第一希望のみでも結構です。)(※)

* 補助金交付決定後の健診機関の変更はできませんので、ご注意ください。

人間ドック	①	日立メディカルセンター
	②	茨城県メディカルセンター
		日立総合病院 日立総合健診センター
		ひたちなか総合病院 総合健診センター
		東関東クリニック
		水戸中央病院 健診センター百合が丘
		総合病院 水戸協同病院
		水戸済生会総合病院 総合健診センター

脳ドック	①	ブレインピア南太田
	②	聖麗メモリアル病院 (日立市茂宮町)

※これらの健診機関が第一希望の場合は、定員が少ないため、第二希望も必ずご記入ください。