

太枠内をご記入ください。

被保険者番号(8桁)

記入不要です。

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)

国保か後期いずれかにしてください。  
今年度中に75歳になる方は後期です。

常陸太田市 金井 町 3690

世帯主名 太田 太郎

受診する被保険者 氏名 太田 一郎 (男) 女

生年月日 昭和 32年 10月 10日生 (69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 節目人間ドック 6,000円  
脳ドック 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 金井 町 3690

(受診予定者) 氏名 太田 一郎

連絡先 電話 0294 (72) 3111

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 記入不要です。

受付番号 記入不要です。

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、**同意事項をご確認のうえ、してください。**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	日立メディカルセンター
	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	ブレインピア南太田
	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。