

令和4年度尾道市国民健康保険人間ドック助成申請書

No. _____

申請日 令和 年 月 日

尾道市長 様

助成要件を満たしていることを申し立て、次のとおり申請します。

※受診種別の受診する医療機関に○をしてください。

人間ドック (助成金額 25,000 円)		人間ドック+脳 MRI 検査 (助成金額 40,000 円)	
J A尾道総合病院		J A尾道総合病院	
尾道市立市民病院		尾道市立市民病院	
公立みつぎ総合病院		公立みつぎ総合病院	
村上記念病院		村上記念病院	
因島医師会病院		因島医師会病院	
因島総合病院		因島総合病院	
松本病院			
中国労働衛生協会尾道検診所			
受診予定日	令和	年	月 日

被保険者番号 _____ (保険証上部の8桁の番号)

住 所 尾道市

受診者氏名 _____

生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年 齢 _____ 歳
※申請日時点の年齢を記入

電 話 番 号 _____

助成の対象となる人は、次の要件をすべて満たす人です。

- (1) 助成申請時に尾道市国民健康保険被保険者資格を有し、受診日にも被保険者であること。
- (2) 国民健康保険料を完納していること。
- (3) 昭和58年4月1日以前に生まれた人
- (4) 国民健康保険料の収納状況について照会されることに同意する人
- (5) 受診した医療機関から市に健診結果が通知されること及びその通知を市が保健指導に利用することに同意する人
- (6) 人間ドックに追加して脳MRI検査の助成を申請する場合には、当該年度中の誕生日を迎えることで偶数年齢に達すること。

※ 令和4年5月1日から令和5年3月31日までの間で助成は1回のみです。

受付時の確認欄

申請時被保険者資格		保険料の完納	
39歳以上75歳未満		同一年度内の申請1回のみ	
今年度の誕生日で偶数年齢			

受 付 印
