

令和8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 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
	松本病院		
	中国労働衛生協会尾道検診所		
受診予定日	年 月 日		

被保険者番号 _____ (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。

- 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。
- 国民健康保険料を完納していること。
- 平成19年4月1日以前に生まれた人
- 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
- 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こと。
- 精密検査結果が医療機関から市へ返送され、精度管理等に活用されることに同意すること。
- 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40歳以上かつ偶数年齢に達すること。

※ 令和8年5月14日から令和9年3月31日までの間で助成は1回のみです。

申請者確認・同意

- 助成要件を全て満たしていることを確認しました。
- 今後、重複受診又は資格喪失後受診となった場合は、助成金額を返還することに同意します。

受付時の確認欄

申請時被保険者資格		保険料の完納	
19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		本人確認書類	

受 付 印

受 付 印
