

国民健康保険人間ドック等費用助成申請書

年 月 日

高島市長

受診者 住所 高島市

氏名

電話

令和 7 年度において（人間ドック・脳ドック）の費用助成を受けたいので、高島市国民健康保険人間ドック等費用助成金交付要綱第 7 条第 2 項の規定により、下記のとおり申請します。

なお、当該申請に伴い、私に係る市税の納付状況を照会すること、助成金相当額を受診医療機関が受領すること、受診結果を受診健診機関から市へ提供されることおよび受診結果を市が実施する特定健康診査・特定保健指導に利用することについて承諾します。

記

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号			
ふ り が な		(生年月日)	
受 診 者 名		年 月 日生	(歳)
受診医療機関名	大津赤十字病院		
受診予定年月日	年 月 日		
受診予定の がん検診	☐ 大腸がん ☐ 胃がん ☐ 子宮がん ☐ 乳がん ※受診予定の項目に ☒ してください。 なお、 ☒ いただいた項目について、市が実施するがん検診を受診している場合は、助成対象となりません。		
受診費用(見込額)	円		