

## 国民健康保険短期人間ドック・脳ドック申請書

令和 6年 月 日

四国中央市長 様

住 所 四国中央市

申請者（世帯主）

電話番号

四国中央市国民健康保険短期人間ドック・脳ドック事業実施要綱第8条第1項の規定により短期人間ドック又は脳ドックの受診を希望するとともに、助成金を交付くださいますよう申請します。

助成金の受領に係る権限を検査機関に委任します。

被 保 険 者 証	記号	四国中央	ふりがな 申請者氏名		世帯主と の続柄
	番号		生年月日	昭和 年 月 日	
助成金申請額		円			
希望する検査 の区分及び検 査機関の名称		<input type="checkbox"/> 短期人間ドック  <input type="checkbox"/> 脳ドック	第1希望 ※		
			第2希望 ※		
個人情報に関する取扱事項		私は、市の実施する国民健康保険短期人間ドック・脳ドック事業の検査結果を保健指導などの保健事業に使用することに同意します。			

### ※記入についての注意事項

- ①第1希望・第2希望欄には、希望の医療機関名をご記入ください。  
 四国中央病院を希望する場合：『胃カメラ（経口・経鼻）』または『バリウム』を選択し、ご記入ください  
 H I T O病院を希望する場合：胃カメラ（経口・経鼻）をご記入ください
- ②検査時期の希望がある場合は、ご記入いただくと参考にいたします
- ③助成金申請額については、下記の表を参考にご記入ください

#### <短期人間ドック>

医療機関名	四国中央病院 ※胃カメラ（経口・経鼻） またはバリウムを選択	H I T O病院 ※胃カメラ（経口・経鼻） を選択	西岡病院
助成金申請額	18,980円	19,250円	18,150円

#### <脳ドック>

医療機関名	H I T O病院
助成金申請額	17,600円