

一般 ・ 脳

様式第 1 号（第 6 条関係）

東海村後期高齢者医療保険健康診査費助成金交付申請書

被保険者住所	東海村		
受診する 被保険者	ふりがな		男
	氏 名		女
	生年月日	大正 昭和	年 月 日
受診医療機関			
受診年月日	令和 年 月 日		
費用負担	健 診 費 用	※	円
	村 助 成 金	※	円
	受診者負担金	※	円

私は、次の事項に同意し、東海村後期高齢者医療保険健康診査費助成金交付要綱第 6 条の規定により、東海村後期高齢者医療保険健康診査費助成金の交付を申請します。

- 1 受診日に東海村後期高齢者医療保険の被保険者でない場合は、一般ドック及び脳ドックの健診費用は全額自己負担となること。
- 2 一般ドックを受診する場合は、村の特定健康診査、後期高齢者健康診査、胃がん検診、結核・肺がん検診、大腸がん検診又は腹部超音波検診との重複受診をしないこと（重複受診をしたときは、助成金を村へ返還することとなります。）。
- 3 受診結果を茨城県後期高齢者医療広域連合及び村が実施する保健事業に利用すること。

令和 年 月 日

申請者 住 所 東海村

氏 名 ④

連絡先 電話 — —

東海村長 様

被保険者番号	※	宛名番号	※	整理番号	※
--------	---	------	---	------	---

○助成対象医療機関

一般ドック

1	村立東海病院
2	日製 ひたちなか総合病院 総合健診センター
3	日製 日立総合病院 日立総合健診センター
4	茨城県メディカルセンター
5	東関東クリニック

脳ドック

1	聖麗メモリアル病院（脳ドックセンター）
2	聖麗メモリアルひたちなか
3	日製 ひたちなか総合病院 総合健診センター
4	日製 日立総合病院 日立総合健診センター
5	脳神経外科ブレインピア南太田
6	脳神経外科ブレインピアひたちなか

備考 1 ※は、記入しないでください。

2 受診当日の時点で、後期高齢者医療保険の被保険者証をお持ちの方が助成対象となります。

一般ドックを受診される方は、特定健康診査、後後期高齢者健康診査、胃がん検診、結核・肺がん検診、大腸がん検診及び腹部超音波検診は、重複項目となるため受けることができません。