

※申請書に記入する前に、以下の項目を確認の上、問題なければチェックをお願いします。
(すべての項目にチェックがつけば申請可能です)

①	☒	該当年度の特定健診（町の総合・集団健診）を受診していない、またはその予定がない
②	☒	該当年度の4月1日及びドック受診予定日の年齢が満40～74歳である
③	☒	該当年度の4月1日及びドック受診予定日に国保に加入している
④	☒	前年度までの国民健康保険税に滞納がない
⑤	☒	脳ドックを受ける方は、前年度に脳ドックを受診していない

5つの項目を
読んでいただ
き、問題なけれ
ばチェックをお
願いします。

様式第1号(第5条関係) (管理番号)

受付番号	
------	--

国民健康保険被保険者健康診査等補助金交付申請書					
世帯主名	城里 太郎				
受診する 被保険者	氏名	城里 花子			男・ ☒ 女
	生年月日	昭和36年 4月 1日			64
	適用開始年月日	令和3年 4月 1日			
	心臓ペースメーカー 他体内への金属等埋込	有・ ☒ 無(有の場合その部位)			
	現在妊娠中	有・ ☒ 無		既往症	高血圧
希望受診者目 項 (該当を ○印し てくだ さい。)	人間ドック	○			
	婦人科 検診	乳がん検診	○		
		子宮がん検診	○		
	脳ドック				
希望受診日 及び場所	人間ドック	令和7年 7月 1日			
	脳ドック	年 月 日			
	医療機関名	〇〇病院			
費用負担	健診費				円
	補助金				円
	受診者負担金				円

保険証・資格確認書等に記載されている「適用開始年月日」を記入してください。

女性の方で、乳がん・子宮がん検診を希望する方は、必ず○をつけてください。

※ここに○がないと乳がん・子宮がん検診分の補助が受けられなくなります。

※脳ドックの方は、婦人科検診の補助は受けられません。町の検診に別途申し込みが必要です。

脳ドックに○をつけた方は、予約した受診日をこちらに記入してください。

城里町国民健康保険被保険者健康診査等補助金交付要綱第5条に基づき、被保険者健康診査等補助金交付の申請をいたします。

令和7年 4月 10日

城里町長 様
住所 城里町 石塚1428—25

住所・氏名・電話番号等を記入してください。押印は不要です。

記載内容について担当者から連絡する場合があります。連絡がつきやすい電話番号をお願いします。

申請人 氏名 城里 花子
電話番号 080 (□□□□) △△△△
(連絡がつきやすい時間・曜日) 夕方5時すぎ

国保番号		
宛名番号		
担当者	☐	☐
チェック欄	☐	☐

課長	係長	受付者