

以下の流れで国民健康保険 人間(脳)ドック補助制度への申請手続きをお願いいたします

①以下の医療機関のいずれかに予約を入れてください。

いばらき健康管理センター	電話 029-243-6220
茨城県メディカルセンター	電話 029-243-1111
東関東クリニック ※7/11まで	電話 029-221-1200
水戸協同病院	電話 029-233-9930
水戸済生会総合病院	電話 029-254-9044
水戸赤十字病院	電話 029-221-5177

医療機関に
予約を取る際は、



人間ドック(または脳ドック)の予約を取りたい。
城里町国保のドック補助
制度に申請予定です。

と必ずお伝えください。

◎5月になると、予約が入りにくくなる恐れがあるので、お早目に予約を済ませましょう。

◎脳ドック実施医療機関は水戸協同病院・水戸赤十字病院です。

◎ドック受診予約日は翌年3月末が期限です。

②予約日が決まりましたら、申請書に記入をしてください。

申請書の記入の仕方は裏面の「記入例」をご参照ください。



※水戸赤十字病院では予約受付開始日は受診希望月によって変更となりました。受診希望月が令和8年10月以降の場合は受付開始日が令和8年7月13日(月)からになりますので、申請書の希望受診日欄は空欄で提出し、予約が取れましたら国保年金課までご連絡ください。その後、「決定通知書」を送付いたします。

③本庁舎国保年金課(または桂・七会町民センター)に申請書を提出してください。

平日の午前8時30分～午後5時15分まで
お願いいたします。
郵送でも受け付けます。下記の提出先まで
送ってください(郵送料は自己負担になります)。

**申込期間: 令和8年4月3日(金)から
5月29日(金)まで
またはドック受診日の2週間前まで**

(提出期限を過ぎてしまうときはご一報ください)



国保年金課(本庁舎)
または桂・七会町民
センターへ

◎ドック受診に必要な「決定通知書」をお届けするまでに、申請日から早くても1週間程度かかりますのでご了承ください。

【その後の流れ】

事務手続き終了後、町から決定通知書が送付されます。大切な書類なので紛失しないようにお気をつけください。

ドック当日に決定通知書を、予約した医療機関に必ず持参してください。

持参しない場合、ドックの補助を受けられない場合があります。

【注意事項】

●ドック当日に社会保険に加入している方や、75歳以上の方は補助を受けられません。

(右記まで必ずご連絡ください)

●申請書提出後にドック補助申請を取り消したい場合は、お早目にご連絡ください。

●ドック補助を受ける方は、町の集団(総合)健診は受けることができません。

ドックで受けない一部のがん検診は町の健診で受診可能ですのでご相談ください。

【申請書提出先・お問合せ先】

〒311-4391
城里町大字石塚1428-25
城里町役場 国保年金課 人間ドック係
電話029-288-3111 (内線142)

※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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 前年度までの国民健康保険税に滞納がない
⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 女
	生年月日	昭和37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・ <input checked="" type="radio"/> 無(有の場合その部位)	
	現在妊娠中	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	既往症
希望受診者目 (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	<input checked="" type="radio"/>
		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8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	

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8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。

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

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

国保番号	<input type="text"/>	
宛名番号	<input type="text"/>	
担当者 チェック欄	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤

課長	係長	受付者
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>