

# 記入例

## 人間ドック等補助券（兼交付申請書・兼検査終了証明書）

青木村長様

青木村人間ドック等補助券交付要綱の規定に基づき、私の個人情報(人間ドック等検査結果)の利用について、次の事項に同意のうえ、人間ドック等補助券の交付を申請します。

1. 村が私の村税及び後期高齢者医療保険料の納付状況を確認・調査すること。
2. 村が私の人間ドック等検査結果を指定医療機関より提供を受けること。
3. 村が私の人間ドック等検査結果を特定保健指導等に活用するほか、匿名化のうえ部分的に国県等へ提供すること。

|                          |                           |           |   |
|--------------------------|---------------------------|-----------|---|
| 氏名                       | 青木 太郎 (印) 自署のときは押印省略可     | 申請日       | 令和 3年 〇月 〇日   |
| 住所                       | 青木村田沢111                  | 生年月日      | 昭和 〇年 〇月 〇日( 〇歳)<br>平成  |
| 保険証<br>・種類<br>・記号<br>・番号 | 国民健康保険 番号: 〇〇〇〇<br>記号: 青木 | 申請者<br>電話 | 0268 ( 49 ) 0111<br>※日中に連絡がとれること。   |
|                          | 後期高齢者<br>医療保険 番号: または〇〇〇〇 |           |   |
| 受診予定<br>医療機関             | 下記の指定医療機関名を記入             |           | 人間<br>ドック等<br>・種類<br>・補助<br>上限額   |
| 受診予定<br>年月日              | 令和 3年 〇月 〇日から 1日間         |           |   |
|                          |                           |           | <input checked="" type="checkbox"/> 日帰り人間ドック 15,000円<br><input type="checkbox"/> 1泊2日人間ドック 25,000円<br><input type="checkbox"/> 脳ドック(対象年齢有) 15,000円<br>※いずれか1つに☑をすること。 |

### 注意事項

1. この券は、下記の指定医療機関に限って使用できます。
  - 人間ドック; 上田生協診療所、鹿教湯病院、佐久総合病院、浅間南麓こもろ医療センター、北アルプス医療センターあづみ病院、長野松代総合病院、南長野医療センター篠ノ井総合病院、丸子中央病院
  - 脳ドック; 佐久総合病院、浅間南麓こもろ医療センター、北アルプス医療センターあづみ病院、長野松代総合病院、南長野医療センター篠ノ井総合病院、丸子中央病院
2. この申請書に記名の者以外の受診は無効です。
3. この補助券を受診料支払いの際に提出しない場合は全額自己負担になります。
4. 人間ドック等の受診料は、補助上限額を限度に青木村が支払います。受診料が補助上限額を超えるときは、その差額を医療機関にお支払いください。
5. 上記指定医療機関以外で受診された場合は、いったんご自身でお支払いいただき、人間ドック等の検査結果と領収書、保険証を持参のうえ役場窓口にて補助申請してください。後日ご指定の口座に入金いたします。
6. 記載事項に変更が生じたとき、この券を使用しなくなったときは、直ちにこの券を青木村に返還してください。
7. 不正にこの券を使用した者は、この券により青木村が補助した金額を返還していただきます。

### ※青木村記載欄

|               |   |                |  |
|---------------|---|----------------|--|
| 人間ドック等<br>補助券 | 上記申請内容に限り、人間ドック等補助券<br>補助券番号 _____<br>補助上限額 _____ | こちらは記入しないでください | 承認します。<br>_____年 月 日 青木村長<br>_____年 月 日 北村政夫 (印) |
|---------------|---|----------------|--|

### ※医療機関記載欄

|   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
| 人間ドック等<br>検査終了<br>証明書<br>※指定医療<br>機関に限る | 上記承認された受診者の検査が終了し<br>所在<br>名称<br>(担当医師又は事務責任者等) | 承認します。<br>_____年 月 日 _____ (印) |
|---|---|--------------------------------|