

## 人間ドック利用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)

大津市長

〒 ー  
申請者 住 所  
氏 名

## (承諾事項)

- 1 指定病院で人間ドックを受診する場合は、人間ドック利用助成金交付申請情報を受診予定医療機関に大津市が提供すること。
- 2 受診結果を受診した医療機関から市へ提供されること又は受診者が受診結果を市へ提供すること。
- 3 受診結果を市が実施する特定健康診査・がん検診のデータとして活用すること。
- 4 同一年度内において、特定健康診査と人間ドック利用助成を受けての人間ドックの両方を受診していることが判明した場合は、後日に受診したものに係る費用（助成金）を返還しなければならないこと。

人間ドック利用助成金を受けたいので、上記1～4の承諾事項について承諾し、下記のとおり申請します。

## 記

氏 名	ふりがな _____	被保険者 証番号 (記号番号)	滋 大	
生 年 月 日	昭和 年 月 日			
電 話 番 号 (日中の連絡先)		満 才 ※ 申込日において満40歳以上の被保険者に限る。		
住 所	□申請者欄の住所と同じ場合はチェックを入れてください。			
受診予定 の病院及 び受診す るドック 種別(○を してくだ さい。)	指 定 病 院		外 来 (日帰り)	入 院
		1 地方独立行政法人 市立大津市民病院		
		2 独立行政法人地域医療機能推進機構 滋賀病院		
		3 大津赤十字病院		
		4 大津赤十字志賀病院		
	5 社会医療法人誠光会 南草津健診センター			
	指 定 外 病 院	6 上記以外の病院 (病院名 )		
受 診 予 定 日	月 日頃 ・ 未 定			

※1 助成金の額は、人間ドックの受診に要した費用の2分の1の額(千円未満は切捨て)です。ただし、入院の場合は24,000円、外来(日帰り)の場合は15,000円を限度とします。

※2 健診結果の値などにより、大津市保健所健康推進課や市が委託する事業者から特定保健指導の案内等を御連絡させていただくことがあります。

※3 この申請書は、油性ボールペンで記入してください。