

※赤字部分をご記入ください

様式第1号（第4条関係）

人間ドック利用助成金交付申請書

令和 7 年 4 月 1 日

記入例

〒 520 - 〇〇〇〇

申請者 住 所 大津市浜大津×××-×××

氏 名 大津 太郎

人間ドック利用助成金を受けたいので、下記のとおり申請します。また、下記の事項について確認又は承諾します。

人間ドックを受ける人の名前

記

（確認又は承諾事項）

- 申請者は、申込日及び受診日において満40歳以上75歳未満の国民健康保険の被保険者であること。
- 大津市保健所健康推進課が、大津市国民健康保険の被保険者であることの確認及び保険料の滞納状況を調査すること。
- 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
必ず、チェックを入れてください。
チェックがないと、決定通知書を発送
できません。
提供されること又は受診者が受診結果を大津市へ提供すること。
がん検診のデータとして活用すること。
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、利用した場合、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。
- 受診結果によって、大津市保健所健康推進課又は大津市が委託する事業者から連絡する場合があること。

☒ 上記1から7までの事項について確認又は承諾します。（確認又は承諾後、☒してください。）

人間ドックを受ける人の名前

氏 名	ふりがな おおつ たろう 大津 太郎	被保険者 証番号 (記号番号)	滋 大	1	2	3	4	5	6	7
生 年 月 日	昭和 30 年 10 月 30 日	電話番号 (日中の連絡先)	〇〇〇-△△△△-□□□□							
送 付 先 住 所	(送付先) (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	1	地方独立行政法人 市立大津市民病院	外 来 (日帰り)	○	入院				
		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							
	病 院 指 定 外	6	上記以外の病院 (病院名)							
受 診 予 定 日	8 月 8 日頃 ・ 未 定									