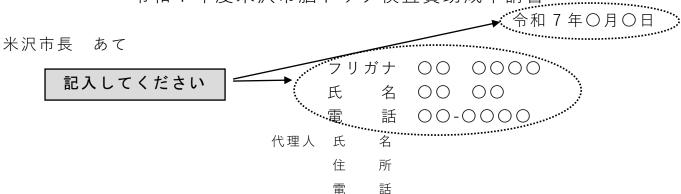
<記載例>

令和7年度米沢市脳ドック検査費助成申請書



米沢市脳ドック検査費助成を申請します。次の(1)~(4)に同意します。

- (1) 米沢市脳ドック検査費助成の申請審査のため、米沢市が申請者の住所・ 生年月日・国保被保険者資格・税情報等を公簿により確認すること。
- (2) 申請書に記載されている個人情報を市から脳ドック検査費助成事業の指定医療機関に提供すること及び健診結果を指定医療機関から市に提出すること。
- (3) 特定健康診査未受診者勧奨事業に活用すること。また、健診結果の一部を 医療費分析や特定保健指導に活用すること。
 - ※特定健康診査とは、高齢者の医療の確保に関する法律によるメタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群)に着目した生活習慣病の早期発見と早期改善を目的とした健診です。
 - ※脳ドックを受診した人(三友堂病院、黄木脳神経クリニック C コースの人、国立病院機構米沢病院)は、米沢市国民健康保険の特定健康診査も受診したこととさせていただきます。
- (4) 米沢市脳ドック検査費助成金の請求及び受領を指定医療機関に委任する

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
	住所	〒000-000 米沢市 0000	住所、生年月日、国保の記号・番号		
	生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	を記入してくだ さい		
	国保 記号-番号※	000-000000	211		
		三友堂病院	/1\		
	指定医療機関希望順	黄木脳神経クリニック	2		
		公立置賜総合病院	4		
		国立病院機構米沢病院	\3.\/		
	申請期限 5月7日(水)消印有物				
		受付者印 宛名番号	助成券番号		
第	第1希望から順に 番号 を記入してください				

裏面も御記入ください。

令和7年度米沢市脳ドック検査費助成申請について

下記の1~4について、あてはまる□に✔してください。

1 令和7年度の助成対象年齢にあてはまりますか。				
□S60.4.2~S61.4.1 生 □S40.4	4.2~S41.4.1 生			
□ S55.4.2~S56.4.1 生 □ S35.4	4.2~S36.4.1 生			
□ S50.4.2~S51.4.1 生 □ S30.4	4.2~S31.4.1 生			
□ S45.4.2~S46.4.1 生 □ いい:	え→助成対象外です。			
2 受診日までにほかの健康保険(被用者保険	□ない			
や後期高齢者医療など)に加入する予定はあ	│□ある→助成対象外です。			
りますか。				
3 申請日時点で、納期限の到来している国民	□ない			
健康保険税に未納がありますか。	ある → 完納しないと受けられません。			
4 次の内容にあてはまりますか。				
(1) ペースメーカーを装着している。	□あてはまらない			
(2) 以下のような金属類や人工物が体内				
に入っている。	□あてはまる			
脳動脈瘤クリップ、消化管止血クリ	Ţ			
ップ、人工関節、血管内ステント、	脳ドックを受診できない場合が			
人工内耳、インプラント、その他、	ありますが、治療を受けた医療機関			
手術・治療等による体内金属	もしくは指定医療機関に確認しま			
(3) 入れ墨をしている。(MRI 検査時にイ	したか。			
ンクの成分によって、火傷する恐れ				
があります。万が一、負傷した場合	□いいえ→確認後に申請して			
は自己責任となります。)	ください。			
(4) 閉所恐怖症又はその恐れがある。				
(5) 脳血管疾患にかかる治療等を受けて				
いる。	<u> </u>			
1				
※「国保 記号-番号」については、下記の方法で御確認くださん。				
〇国民健康保険証				
○マイナポータルの資格情報画面(マイナンバ	ーカードの健康保険証利用登録をし			
ている方) /				

□に✔を記入してください

ている方) 〇資格確認書(マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていない方)