

<記載例>

No. _____

令和 7 年度米沢市脳ドック検査費助成申請書

米沢市長 あて

記入してください

フリガナ ○○ ○○○○
氏 名 ○○ ○○
電 話 ○○-○○○○
代理人 氏 名
住 所
電 話

令和 7 年 ○ 月 ○ 日

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もとに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）に注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もの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こと。

住 所	〒○○○-○○○○ 米沢市 ○○○○	住所、生年月日、 国保の記号・番号 を記入してください
生 年 月 日	昭和○○年○○月○○日	
国保 記号－番号※	○○○－○○○○○○○	
指定医療機関希望順	三友堂病院	1
	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）消印有効

受付者印

宛 名 番 号

助成券番号

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 ☐ S55.4.2～S56.4.1 生 ☐ S50.4.2～S51.4.1 生 ☐ S45.4.2～S46.4.1 生	☐ S40.4.2～S41.4.1 生 ☐ S35.4.2～S36.4.1 生 ☐ S30.4.2～S31.4.1 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(被用者保険や後期高齢者医療など)に加入する予定はありますか。	☐ ない ☐ ある→助成対象外です。
3 申請日時点で、納期限の到来している国民健康保険税に未納がありますか。	☐ ない ☐ 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。 (2) 以下のような金属類や人工物が体内に入っている。 脳動脈瘤クリップ、消化管止血クリップ、人工関節、血管内ステント、人工内耳、インプラント、その他、手術・治療等による体内金属 (3) 入れ墨をしている。(MRI 検査時にインクの成分によって、火傷する恐れがあります。万が一、負傷した場合は自己責任となります。) (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。	☐ あてはまらない ☐ あてはまる ↓ 脳ドックを受診できない場合がありますが、治療を受けた医療機関もしくは指定医療機関に確認しましたか。 ☐ はい ☐ いいえ→確認後に申請してください。

※「国保 記号－番号」については、下記の方法で御確認ください。

○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)

○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)

□に✓を記入してください