

# 令和7年度

## 石狩市脳ドック検査費用助成申請書兼石狩市人間ドック検査費用助成申請書

年 月 日

石狩市長 様

※裏面の記載例を参考に必要事項の記入をお願いします。(同世帯につき、1枚で3名まで申請可)

※脳ドックと人間ドックどちらも同時に申請することも可能です。ただし、同一年度内で2つのドック検査費用の助成を受けることはできません。同時に申請をした場合、脳ドック助成申請を優先します。脳ドックの助成対象外となった場合に人間ドック検査費用助成申請として受付します。

申請者 ①	下記同意事項に同意し、脳ドック検査・人間ドック検査費用の助成を申請します。			
	ふりがな 氏名		生年月日	大正・昭和 年 月 日
	住 所		TEL	
	保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度	被保険者 番 号	
希望検査	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 人間ドック			
申請者 ②	下記同意事項に同意し、脳ドック検査・人間ドック検査費用の助成を申請します。			
	ふりがな 氏名		生年月日	大正・昭和 年 月 日
	住 所		TEL	
	保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度	被保険者 番 号	
希望検査	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 人間ドック			
申請者 ③	下記同意事項に同意し、脳ドック検査・人間ドック検査費用の助成を申請します。			
	ふりがな 氏名		生年月日	大正・昭和 年 月 日
	住 所		TEL	
	保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度	被保険者 番 号	
希望検査	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 人間ドック			

### (同意事項)

下記事項に同意をしていただく方のみ、費用助成の申請ができます。ご確認のうえ申請ください。

- ① 助成対象となった場合、対象者情報を検査実施機関に提供すること。
- ② 検査実施機関から検査結果が石狩市に通知されること。
- ③ 検査結果を石狩市が実施している特定健康診査・特定保健指導等に活用すること。
- ④ 助成対象となった場合、非課税世帯の方に限り、本申請をもって、「成人検診自己負担金免除証明書」の交付申請を兼ねること（非課税世帯であっても、脳ドック・人間ドックの自己負担金は免除になりません。）。

## 申請書の記載例

申請者 ①	ふりがな 氏名	いしかり たろう 石狩 太郎	生年月日	大正・昭和 43年 2月 1日
	住 所	石狩市花川北6条1丁目30番地2		
	保険種別	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度	被保険者 番 号	石123401
	希望検査	<input checked="" type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 人間ドック		
申請者 ②	ふりがな 氏名	いしかり はなこ 石狩 花子	生年月日	大正・昭和 44年 4月 25日
	住 所	同上		
	保険種別	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度	被保険者 番 号	石123401
	希望検査	<input checked="" type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 人間ドック		

記入例は、脳ドックを申し込む場合です。  
脳ドックと人間ドックどちらもチェックすると、両方のドックに申込みとなります。その場合には、脳ドックの申請が優先されます。脳ドックの助成対象外となった場合に人間ドックの費用助成申請として受付します。

国保の方：国民健康保険証・資格確認書・資格情報のお知らせのいずれかに記載されている番号を記入してください。

※「010520」ではありません。

後期高齢の方：被保険者証又は資格確認書の上の方に書かれている8桁の被保険者番号を記入してください。

※「39012356」ではありません。