

様式第1号 (第5条関係)

紀の川市国民健康保険・~~後期高齢者医療~~脳ドック検診費用助成申請書

(宛先) 紀の川市長

申請日： 年 月 日

紀の川市国民健康保険及び後期高齢者医療脳ドック検診費用の助成を受けたいので、確認・同意事項に同意の上、次のとおり申請します。

被保険者番号		世帯主氏名	
住 所	紀の川市		
(ふりがな) 受診希望者氏名	()		
生年月日	年 月 日		
電話番号	※いただいた電話番号は、保健事業、健診事業等のご案内に利用させていただきます。		
受診希望 医療機関	第1希望 (いずれか一つに☑)	☐ 向陽 脳とせぼね・循環器内科クリニック ☐ 和歌山市医師会成人病センター	
	第2希望 (いずれか一つに☑)	☐ 第1希望以外希望しない ☐ 第1希望で選択しなかった医療機関	
確認・同意 事項 ※☑	☐ 当該年度内において、市の特定健診又は後期高齢者医療健康診査（以下「特定健診等」という。）を受診しないこととし、脳ドック検診を受診した日と同一年度内に特定健診等を受診した場合は、特定健診等にかかる費用を市に返還すること。 （脳ドック検診で特定健診等を実施しない医療機関で受診する場合を除く。）		
	☐ 市が受診医療機関等へ脳ドック検診に必要な個人情報等を提供すること。 ☐ 市が受診医療機関から検査結果等の個人情報を受け取ること。 ☐ 後期高齢者医療制度被保険者のみ）検査結果等の個人情報を和歌山県後期高齢者医療広域連合に提供すること。		
	☐ （国民健康保険被保険者のみ）市が受診希望者の属する世帯の国民健康保険税の収納状況を調査することについて、世帯主の同意を得ていること。 ☐後期高齢者医療制度被保険者のみ）市が受診希望者の後期高齢者医療保険料の収納状況を調査すること。		
	☐ 脳ドック検診の全ての検査を受けること。（検尿は除く。） ☐ 申請内容について事実と異なる記載を行った場合又は自己都合で検査当日に検診の取消し若しくは中断をした場合は、検査費用全額を負担すること。		

裏面も確認してください。

【注意事項】 ご自身のことで、下記事項をご確認ください。

※あなたのからだの中に金属類は入っていませんか？

脳ドック検査には、MR I 検査が含まれています。MR I 検査は、強い磁気を用いて体内の構造を調べる検査のため、心臓のペースメーカーなどのほか、体内に金属類（磁石に引き付けられる性質のあるもの。）が存在する方は、原則として検査ができません。

※あなたは以下にあてはまりませんか？

- インプラントや差し歯、矯正器具を装着している。
- 刺青、アートメイク（まゆ毛も含む）をしている。
- 現在、脳血管疾患で治療中または既往歴がある。
- 入院中である。
- 妊娠している、または、その可能性がある。
- 閉所恐怖症である。
- 身体の震え等により、検査の間じつとできない。

・上記に当てはまる項目がある方は検査を受けられないことがありますので、事前に主治医に確認ください。

・その他検査が可能かどうか不明な場合も同様に主治医に確認ください。

・詳細は実施医療機関で確認しますので、受診日当日検査不可の場合もあります。

☐ 上記注意事項を確認しました。

【問合せ先】

紀の川市 市民部 国保年金課 保健事業班

電 話：0736-79-3134（直通）