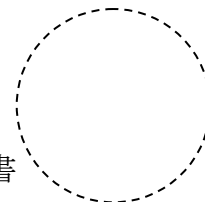


紀の川市国民健康保険・~~後期高齢者医療~~脳ドック検診費用助成申請書



申請日： 年 月 日

(宛先) 紀の川市長

申請前の確認事項に同意の上、紀の川市国民健康保険及び~~後期高齢者医療~~脳ドック検診に申請します。

被 保 険 者 番 号	
住 所	紀の川市
(ふ り が な) 氏 名	()
生 年 月 日	(昭和・平成) 年 月 日
日 中 連 絡 の つ く 電 話 番 号	
希 望 医 療 機 関 名 (1 箇 所 を 選 択)	<input type="checkbox"/> 向陽 脳とせぼね・循環器内科クリニック(旧病院名:向陽病院) <input type="checkbox"/> 日本赤十字社和歌山医療センター <input type="checkbox"/> 和歌山市医師会 成人病センター
医 療 機 関 に つ い て (どちら か を 選 択)	上記で選択した医療機関での抽選で選外となった場合 <input type="checkbox"/> ①希望医療機関以外での受診は希望しない <input type="checkbox"/> ②他の医療機関でも、機会があれば受診を希望する(まわし 当選を希望する) ②の場合、1つを選択 <input type="checkbox"/> 向陽 脳とせぼね・循環器内科クリニック(旧病院名:向陽病院) <input type="checkbox"/> 日本赤十字社和歌山医療センター <input type="checkbox"/> 和歌山市医師会 成人病センター <input type="checkbox"/> どこでもよい

※裏面の「申請前の確認事項」をお読みいただいてから、お申し込みください。

申請前の確認事項

申請と同時に、次の確認事項の全てに同意したものとみなします。

- ☐ 当該年度内において、市が実施する特定健診を受診しません。
- ☐ 個人情報の利用及び税の収納状況調査について
 - 1 市が医療機関へ脳ドック検診に必要な個人情報を提供すること及び検査結果などの個人情報を市が医療機関から提供を受けること。
 - 2 国民健康保険税の収納状況を調査すること。
- ☐ 下記注意事項を確認した上で、全ての検査を受けること。ただし、検尿は除く。
- ☐ この確認事項及び申請内容について、事実と異なる記載を行った場合又は受診日当日に自己都合で検査をキャンセルした場合は、助成金を返還すること。

【注意事項】

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です。痛みや振動、その他刺激はなく放射線被爆の心配もない安全な検査です。

また、トンネル状の機械の中でベッドに寝た姿勢で、大きな機械音を出しながら断片的に撮影を行います。検査中に身体を動かすと綺麗な画像を撮ることが難しいので、検査中は極力動かない必要があります（約20分程度）、極度の閉所恐怖症の方は検査が難しいこともあります。

そして、手術等でペースメーカーなど、体内に金属（磁石に引き付けられる性質のあるもの）が存在する方は、原則検査ができません（MR I の磁力で金属が体内で動いたりねじれたりして、体を傷つけるおそれがあるため）。検査が可能かどうかご不明な場合は、自身で事前に主治医に確認してください。

＜紀の川市脳ドック検診の受診ができない者＞

- ア 脳血管疾患の治療を受けている者
- イ 入院中の者
- ウ 妊娠中の者
- エ 心臓にペースメーカーを入れている者
- オ 入れ墨やアートメイクを入れている者
- カ 脳ドック委託医療機関が検査実施不可能と判断した者

【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）