

(宛先) 野田市長

住 所 _____
申請者 氏 名 _____
電話番号 _____

野田市国民健康保険人間ドック検査費用助成金交付申請書

野田市国民健康保険人間ドック検査費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

1 交付申請額 円

2 申請の内容

被保険者番号	野 田								
検 査 対 象 者	氏 名				連絡先				
	生年月日	年 月 日			性 別	☐ 男 ☐ 女			
検査医療機関	名 称								
	所在地								
検 査 予 定 日	令和 年 月 日								
支給方法	現金給付 ・ 現物給付								

※現物給付は、野田市が協定する医療機関にて、申請月の翌々月以降に検査日を予約した場合に選ぶことができます。

同 意 書

助成金の交付の決定に当たり、人間ドックの受検結果について、市が特定健康診査、特定保健指導及び野田市国民健康保険データヘルス計画に基づく受療勧奨に利用することに同意します。

申 請 者 氏 名
検査対象者氏名

※同意書氏名は検査対象者本人が自署してください。自署できない場合は氏名横に押印してください。

裏面のチェックシートをチェックしてください。

受付：	宛名番号：	納付状況：
-----	-------	-------

受 付 印

野田市国民健康保険人間ドック検査費用助成申請チェックシート

☐ 4月1日現在、18歳以上75歳未満である。

☐ 同一年度内（4月1日～翌3月31日）において、規則に基づく検査費用の助成を受けていない。

☐ 申請時に国民健康保険に加入し、人間ドックを受検した日においても継続加入している。

☐ 申請時及び請求時に、国民健康保険料に未納がない世帯に属する方。

☐ 受検結果（数値入り）と問診票（別途送付）を提出できる。

☐ 申請金額が変更になった場合には、変更申請をする。

☐ 現物給付を選んだ場合、受検医療機関は「キッコーマン総合病院」、「野田総合病院」又は「野田病院」であり、申請月の翌々月以降の受検日である。

☐ 現物給付を選んだ場合、医療機関から受検結果の報告が市になされ、特定健診又特定保健指導等に利用することになるが、そのことも同意できる。

上記、すべての項目にチェック出来ない場合は、人間ドック検査費用の助成申請をすることができません。

※ 上記、すべての項目にチェックができ、表の申請書に記載いただければ、郵送で申請をすることが出来ます。

アンケートにご協力ください。

※Q1とQ3は複数回答可

Q1：この事業をなにで知りましたか？

☐ 市報 ☐ HP ☐ 国保だより

☐ チラシ ☐ 知人の紹介

Q2：人間ドックを受けたことがありますか？

☐ ある ☐ 今回が初めて

Q3：今回人間ドックを受検するきっかけは何ですか？

☐ 毎年受検しているから

☐ 助成制度があるから

☐ 健康が気になり始めたから

☐ その他（ ）

ご協力ありがとうございました。

（問合先）

野田市 国保年金課 国保給付係
04-7199-2264（直通）

（郵送先）

〒278-8550
野田市鶴奉7-1
野田市国保年金課
国保給付係 人間ドック助成担当