

# 東大阪市国民健康保険人間ドック受診券交付申請書

◎二重線の枠内のみ記入してください。

◎4月1日時点で39歳未満の方は、「特定健康診査受診券」の欄の記入は不要です。

年度

被保険者記号番号		東 大 国			
特定健康診査受診券 (40歳～74歳)	有	無	再発行希望理由	紛失	途中加入 その他 ( )
受診者の氏名	(フリガナ)		生 年 月 日	年	月 日 歳
受診予定医療機関名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・池田病院</li> <li>・ながはら病院</li> <li>・アムスニューオータニクリニック</li> <li>・大阪警察病院附属人間ドッククリニック</li> <li>・中之島クリニック</li> <li>・アクティ健診センター</li> <li>・淀屋橋健診プラザ</li> <li>・石切生喜病院</li> <li>・森本記念クリニック</li> <li>・中之島クリニックレディースプラザ</li> <li>・千里LC健診センター</li> <li>・淀屋橋総合クリニック</li> <li>・市立東大阪医療センター</li> <li>・あけぼのGMクリニック</li> <li>・飯島クリニック</li> <li>・大野クリニック</li> <li>・ベルクリニック</li> </ul>				
受診予定日	年	月	日	脳MR検査の受診予定	有 ・ 無
裏面の内容を承諾の上、申請します。					
年 月 日					
(宛先) 東大阪市長					
住所 東大阪市					
申 請 者					
(世帯主) 氏名					
電話 ( )					
※裏面「人間ドック受診券申請にかかる同意書」欄もよくお読みの上、裏面にも署名お願い致します。					

助成金額は契約受診費用の半額（ただし上限21,000円）です。  
 人間ドックに加えて脳MR検査を受診したときは検査費用の  
 半額（ただし上限13,000円）を助成します。

受付印

職員記入欄

収納状況	完納 ・ 未納
特定健診対象・ 受診の有無	40歳未満 ・ 40歳以上有 ・ 40歳以上無
特定健康診査受診券	有 無 → ①再発行 再発行後の受診券番号 ( ) ②途中加入発行 国保加入届け出月日 ( 月 日 ) 発行後の受診券番号 ( ) 発送時期の説明 ( 済み ・ 未 ) ③受診券発送前 注意事項の説明 ( 済み ・ 未 )
審査結果	可 ・ 否 (否の理由 )
発送確認	窓口 ・ 郵送 ( 月 日 ) ・ 手渡し ( 月 日 )

決定番号

確認者

# 人間ドック受診券申請にかかる同意書

東大阪市国民健康保険では、人間ドックか特定健診（40歳から74歳の方が対象）のいずれかを年度内（4月～翌年3月）に1回のみ受診していただけます。

東大阪市国保人間ドック受診券の交付を申請するにあたり、以下のことについて同意します。

1. 同年度に2度受診された方（受診券再発行後もとの受診券が見つかり、その受診券を使い受診した場合など）や受診当日に国保の資格を喪失して受診された方は、助成の対象外です。このことにより、助成費用の返還金が生じた場合は本市に助成費用をお支払いしていただくこととなります。

2. 人間ドック受診券の申請には、保険料の収納について確認させていただきます。滞納があった場合は、人間ドック受診券の発行はできません。

3. 人間ドック受診券もしくは特定健診受診券を受診当日に忘れた場合は、国保人間ドック助成対象医療機関の窓口で原則、受診費用の全額をお支払いいただきます。後日、それぞれの受診券、領収書、口座のわかるものを市の窓口を持参し、助成費用の払い戻し手続きをしてください。

4. 特定健診の対象者の方は人間ドック受診後、保健指導が必要な場合、電話等をさせていただきます場合があります。

住所 東大阪市

---

---

氏名

---