


(あて先)
新宮市長

脳ドック助成申請書

脳ドックを受検したいので、下記のとおり申請します。

被保険者番号	
フリガナ	
氏名	
生年月日	明・大・昭 年 月 日
電話番号	()
受検希望医療機関 1. 新宮市立医療センターのみ 2. 南和歌山医療センターのみ 3. どちらでも構わない 4. 新宮市立医療センターに落選したら南和歌山医療センターでも構わない 5. 南和歌山医療センターに落選したら新宮市立医療センターでも構わない ※申請後の変更は受付できません。	番号を記載
検査予定期間（新宮：8月～3月 南和歌山：11月）中の都合が悪い時期・日時 ※必ずしも希望に添えるわけではありません。	
申請にあたり、下記の対象者の要件を満たしており、 別紙「脳ドックに申し込まれる皆さまへ」を確認しました。  <input checked="" type="checkbox"/>	

申請者 氏名

(本人の場合 電話番号 ()
省略可)

【対象者要件】（①または②のどちらかに該当。ただし、国民健康保険税または後期高齢者医療保険料を滞納している方と直近2年以内にこの事業で脳ドックを受検した方は除く。）

- ① 6月1日現在、満40歳以上の新宮市国民健康保険加入者で前年度の特定健診を受診している、または今年度必ず受診する方。なお、受診しなかった場合、助成した額を返還していただくことがあります。
- ② 受検日時点で、本市に住民登録している和歌山県後期高齢者医療広域連合加入者。