

様式第1号（第7条関係）

町長	副町長	課長	担当長	合議	係	受付	年 月 日
—	—						

令和7年度国民健康保険人間ドック助成申請書

保険証記号番号		(ふりがな) 受診者名	
性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 満 歳
1. 前年度に人間ドック受診の有無		有	無
2. 国民健康保険税の未納の有無（ 月未現在）		有	無
3. 1年以上の国民健康保険加入歴の有無		有	無
4. 今年度の特定健康診査受診の有無		有	無
5. 人間ドックA 脳神経外科系の疾病により治療中		有	無
人間ドックB 内科系の疾病により治療中		有	無
希望するコースに○を付けて ください。		人間ドック Aコース（特定健診と脳：1日） 人間ドック Bコース（特定健診とがん：1泊2日）	
検診希望年月日		第1希望日 令和 年 月 日 第2希望日 令和 年 月 日	
検査希望医療機関		町立富来病院 公立羽咋病院 公立能登総合病院	
検査の結果により、必要に応じて保健師の指導を受けることに同意します。			
氏名：			
志賀町長 稲岡 健太郎 あて		令和 年 月 日	
〒925-			
住所		志賀町 番地	
世帯主			
(電話 - )			

FAX

入力  ※ チェックを入れること。

受診該当 確認 (レ点チェック)		志賀町国保に1年以上加入する者
		保険税を完納している世帯に属する
		昨年度（R6.4月～R7.3月）にこの制度の助成を受けていない
		令和7年度の町の健康診断（集団健診・病院での個別健診）を受けていない（受けない）

ドックA	はい	いいえ	年齢;	30歳以上69歳以下
脳外科疾患 治療の有無	いいえ	はい	①	この1か月間で、激しい頭痛や意識がなくなったことはありますか？
	いいえ	はい	②	今までに、脳梗塞や脳出血、クモ膜下出血、脳動脈瘤、脳動静脈奇形があると言われましたか？
	いいえ	はい	③	今までに、②上記疾患で受診中、もしくは、定期的に検査を医療機関で受けていますか？
	なし	ある	④	その他（ )

ドックB	はい	いいえ	年齢;	30歳以上74歳以下
内科系疾患 治療の有無	いいえ	はい	①	過去にがんにより治療・手術されたことがありますか？
	いいえ	はい	②	①上記疾患で受診中、もしくは、完治後定期的に検査を医療機関で受けていますか？
	なし	ある	③	その他（ )