

注意事項1 必須

天理市国民健康保険脳ドック検診助成金（以下、「天理市国保脳ドック」と表記）交付申請申込条件

1. 受診日の属する年度末において、年齢が40歳以上の被保険者であること
2. 申請日において、申請日前1年以上継続して被保険者の資格を有していること

例：令和7年4月22日が天理市国保加入日の方は、令和8年4月22日から申請可能となります。

なお、手続き日とは異なりますのでご注意ください。

3. 申請日において、保険料を完納している世帯に属している者であること

注意：保険料お支払い漏れ、分割払いがある場合は完納世帯とはみなされません。

また、コンビニ払いなどの場合、お支払いから申請日までの時間が短いと保険医療課にデータが届いておらず、ご確認の電話をさせていただく可能性がありますのでご了承ください。

- 天理市国保脳ドックを申請するにあたり、上記申込条件を確認しました
- 申込条件に適合しているかについて、保険医療課で審査することを承諾します

注意事項2 必須

天理市国保脳ドックに関する注意事項

1. 同年度に天理市国保人間ドックを受診することはできません。
2. 脳ドック料金を医療機関で一旦全額お支払いいただき、後から保険医療課で返金手続きを行っていただくことで脳ドック料金の7割（上限28,000円）を返金します。
なお、返金手続きは申請年度の3月末までに行う必要があります。
3. 脳ドック受診日までに天理市国保資格を喪失した場合、脳ドック検診助成はできなくなります。
例：社会保険や後期高齢者医療保険に加入した場合や天理市から転出した場合など

- 天理市国保脳ドックを申請するにあたり、上記申込条件を確認しました

申請者 必須

申請者の氏名を入力してください。

氏：

名：

カナ 必須

申請者の氏名（フリガナ）を入力してください。

氏

名

生年月日 **必須**

年 月 日

郵便番号 **必須**

郵便番号

住所 **必須**

住所 天理市

電話番号 **必須**

連絡のとりやすい電話番号を入力してください。

電話番号

メールアドレス **必須**

メールアドレス

確認へ進む >

※ 必ずクリック ※



画面遷移

申込確認

まだ申込みは完了していません。

※下記内容でよろしければ「申込む」ボタンを、修正する場合は「入力へ戻る」ボタンを押してください。

=====
手 続 き 名
=====

注意事項1

= 手 続 き 名 = を申請するにあたり、上記申込条件を確認しました、申込条件
るかについて、保険医療課で審査することを承諾します



胃の検査についての希望

≡か(≡の胃≡)メ確 (認 認 事 : 項・≡・≡・≡・土)

= 確 認 事 項 =

乳がん検診の希望について

希望メ確 (認 認 事 : 項・≡・土)

子宮頸がん検診の希望につい
て

希望メ確 認 事 項 =

= 確 認 事 項 =

受診時期の希望について

9月メ確 認 事 項 =

※ 必ずクリック ※

< 入力へ戻る

申込む >



画面遷移

申込完了

申し込み完了

申し込みが完了しました。後日職員確認後登録されたメールアドレスに予約完了メールが送られます。

申し込みが完了しました。

下記の整理番号とパスワードを記載したメールを送信しました。

メールアドレスが誤っていたり、フィルタ等を設定されている場合、
メールが届かない可能性があります。

この画面になったこと、また、メールアプリに受信メールが届いたことをご確認
ください。受信メールが届かない場合、申し込みが完了していません。