

令和8年度

(令和8年4月1日～  
令和9年3月31日分)

柏市長 あて

柏市国民健康保険・柏市後期高齢者  
保健事業利用助成申請書

令和 年 月 日

申請者	住所	
	氏名	
	電話番号	
	交付希望者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同住所(同一世帯又は別世帯)の代理人 <input type="checkbox"/> 別住所の代理人

申請者と交付希望者の住所が異なる場合のみ、交付希望者の住所を記入してください。

交付希望者の住所	
----------	--

柏市国民健康保険等保健事業利用規則第6条第3項の規定により、次のとおり申請します。

&lt;交付希望者&gt; 申請者も交付を希望する場合は、下の欄に再度記入してください。

被保険者証番号 (※分かる場合は、ご記入ください。)	氏名	生年月日	年齢	現在、柏市国民健康保険または千葉県後期高齢者医療制度に加入していますか	区分	整理番号
1		大・昭・平 年 月 日	( ) 歳	必ずチェック☑してください。 <input type="checkbox"/> はい (※職場の健康保険等に加入されている方は対象外です。)	国保 後期	
2		大・昭・平 年 月 日	( ) 歳	必ずチェック☑してください。 <input type="checkbox"/> はい (※職場の健康保険等に加入されている方は対象外です。)	国保 後期	
3		大・昭・平 年 月 日	( ) 歳	必ずチェック☑してください。 <input type="checkbox"/> はい (※職場の健康保険等に加入されている方は対象外です。)	国保 後期	
4		大・昭・平 年 月 日	( ) 歳	必ずチェック☑してください。 <input type="checkbox"/> はい (※職場の健康保険等に加入されている方は対象外です。)	国保 後期	

次の場合は、利用券を交付できませんのでご了承ください。

- 柏市が交付する国民健康保険又は市内在住の千葉県後期高齢者医療の被保険者以外
- 前年度以前の保険料に未納がある世帯に属している。
- 年度末時点の年齢が18歳未満

郵送で申請される場合は、公的機関発行の本人確認書類の写し(マイナンバーカード、運転免許証等)を添付してください。

裏面にアンケートがございます。お時間がありましたらご協力をお願いします。



## 【柏市使用欄】

受付場所	健康増進課	本人確認書類	有 ・ 無	<受付>
		資格	有 ・ 無	
		滞納	有 ・ 無	
		交付方法	窓口 ・ 郵送	
交付年月日	令和 年 月 日	備考		

## 特定健診等の受診状況に関するアンケート

- ・保健事業利用券の交付希望者様と申請者様が同一である場合、申請者様について、以下の設問へのご回答をお願いします。
- ・特定健診等の受診状況並びに未受診の方の意識及び意向を把握するためのアンケートです。ご回答いただいた内容は、受診勧奨及び効果的かつ効率的な健診制度の設計を目的として、利用させていただきます。
- ・なお、ご回答いただいた内容は、保健事業利用券の交付の可否には影響しません。

### 〈設問1〉

令和7年度に柏市プレ特定健康診査、柏市特定健康診査、柏市75歳以上の健康診査、人間ドック、脳ドック等を受診しましたか。

- はい  
 いいえ

「いいえ」を選択された場合、差し支えなければ理由をお聞かせください。(複数選択可)

- 時間がとれなかったから  
 場所が遠いから  
 費用がかかるから(主に人間ドックや脳ドック)  
 医療機関に通院又は入院をしていたから  
 健康状態に自信があり、必要性を感じないから  
 心配な時はいつでも医療機関を受診できるから  
 面倒だから  
 その他( )

### 〈設問2〉

令和8年度に柏市プレ特定健康診査、柏市特定健康診査、柏市75歳以上の健康診査、人間ドック、脳ドック等を受診する予定はありますか。

- はい  
 いいえ

アンケートは、以上です。ご回答ありがとうございました。

将来の健康保持のため、積極的に特定健診等を受診していただきますようお願いいたします。