

中津川市長 様

〒

申請者 住 所

(受診者)

氏 名

印

電話番号

## 中津川市国民健康保険人間ドック費用助成金交付申請書兼請求書

助成金の交付を受けたいので、中津川市国民健康保険人間ドック費用助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請及び請求をします。

なお、今年度の特定健診は受診しないこと、人間ドックの検査結果を登録及び分析し、保健指導等の健康増進事業に使用することに同意します。

## 1 受診者の情報

ふりがな 氏 名		被保険者証 記号番号	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	世帯主 氏名	
受診日	年 月 日	受診医療 機関名	

## 2 助成金の交付申請額

受診に要した費用【A】 (100円未満切り捨て)	助成金の上限額【B】	交付申請額 (【A】・【B】のいずれか少額の方)
円	10,000円	円

## 3 振込先口座

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店・支店 出張所
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ 口座名義人	
口座番号			※左詰で記入ください。

## 4 問診項目

服薬状況	血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	インスリン注射又は血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	コレステロール又は中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> ①と②両方に該当 <input type="checkbox"/> ②のみ該当 <input type="checkbox"/> ①と②両方該当なし ①最近1ヵ月間吸っている    ②生涯で6ヵ月以上吸っている又は合計100本以上吸っている		

## 【添付書類】

- ・人間ドック等健診結果の写し及び領収書の写し
- ・その他市長が必要と認める書類

## 【注意事項】

- ・この申請書は、助成金の交付の決定後に請求書として取り扱います。また、請求書として取り扱う場合、交付の決定の日を提出日とみなします。