

受付日
受付番号

枚方市国民健康保険被保険者人間ドック受診費用補助金交付申請書

あて先
枚方市長

申請者 住所 **枚方市●●町●丁目▲-▲**
氏名 **枚方 太郎**

申請者(受診者以外でも可能。その場合、受診者の欄に記入と押印)

受診者との続柄 ()

電話番号 () -

下記のとおり同意し、人間ドック受診費用補助金を申請します。

※申請者が受診者でない場合、受診者の同意が必要となります。

申請にあたり、下記の事項に同意し、この申請に関する権限を申請者に委任します。

申請者が、受診者と異なる場合は、※1受診者の住所、氏名に記入と押印

※1 受診者 住所 _____ 氏名 _____

- ・人間ドックの受診結果を提出し補助金交付申請を行ったことで、枚方市特定健康診査の受診と代えることとなります。
- ・人間ドック受診費用補助金交付申請は同一年度に1度です。
- ・特定健康診査を既に受診した場合は人間ドック受診費用補助金交付申請は出来ません。また、人間ドック受診費用補助金を支給した場合、特定健康診査は受診できません。
- ・人間ドックを受診した日において、3か月以上継続して国民健康保険被保険者であること。
- ・補助金交付申請を行った日において、国民健康保険料を滞納していないこと。
- ・人間ドック受診費用に自己負担が発生していること。
- ・人間ドック受診費用補助金の振込先は、原則受診者本人又は世帯主であること。
- ・ご提出いただいた健診結果等の個人情報、枚方市個人情報保護条例に基づき適切に取り扱い、特定健康診査・特定保健指導および枚方市が実施する関連事業以外の目的には使用しません。また、特定保健指導利用の際には、保健指導に必要な健診結果データを枚方市保健センターまたは枚方市国民健康保険室から委託を受けた保健指導実施機関に提供することとなりますので、ご了承ください。

フリガナ	ヒラカタ タロウ	申込年月日	令和2年5月1日
受診者氏名	枚方 太郎	生年月日	昭和40年1月1日
被保険者記号番号		受診券整理番号	
枚方	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	2 0 1 0 0 9 9 9 9 9	

人間ドック受診医療機関の名称	●●病院
----------------	------

フリガナ	ヒラカタ タロウ	金融機関コード※2	支店コード	口座番号※3	
口座名義人	枚方 太郎	1 2 3 4	5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	
金融機関名		店舗名	種別		
国保銀行		枚方支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> その他		

金融機関コード※2が不明の場合は空欄でも可能です
口座番号※3左詰で記入

フリガナ		金融コード	通帳の記号※4	通帳の番号※5
口座名義人		9 9 0 0	1	の 1

通帳の記号※4が無い場合は「店番号」の記載をしてください
通帳の番号※5の末尾「1」が無い場合があります

問診事項

下記の該当する箇所に☑を記入して下さい。※人間ドック受診時の状況で記入して下さい。

質問事項	回答	
1 血圧を下げる薬を飲んでますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2 インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでますか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
3 コレステロールを下げる薬を飲んでますか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
4 現在、喫煙をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ

【注意事項】

特定健診で必須の問診です。
空欄がある場合は、申請ができませんのでご注意ください。

該当する箇所にチェックしてください

【申請期間】

4月～翌年3月末までの受診は、翌年の4月30日までが申請期限です(郵送の場合は消印有効)。