

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 _____
氏名 _____ (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。

受診者 住所 _____ 氏名 _____ (印)

- ・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受給した場合、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が委託をした保健指導実施機関に提供することとなりますので、ご了解ください。

| | | | |
|----------|--|---------|--|
| フリガナ | | 申込年月日 | |
| 受診者氏名 | | 生年月日 | |
| 被保険者記号番号 | | 受診券整理番号 | |
| 枚方 | | 2 0 1 | |

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

| | | | | | | | | |
|------|-------|--|---------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|--|
| 金融機関 | フリガナ | | 金融機関コード | | 支店コード | | 口座番号 | |
| | 口座名義人 | | | | | | | |
| | 金融機関名 | | 店舗名 | | 種別 | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 当座 | <input type="checkbox"/> 貯蓄 | <input type="checkbox"/> その他 | |

| | | | | | | | | |
|--------|---------|-------|-------|--|--|--|--|---|
| ゆうちょ銀行 | フリガナ | | | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | |
| | 金融コード | 通帳の記号 | 通帳の番号 | | | | | |
| | 9 9 0 0 | 1 | の | | | | | 1 |

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いますか | <input 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いますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 | コレステロールを下げる薬を飲んでいますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4 | 現在、喫煙をしていますか | <input type="checkbox"/> はい | <input 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。