

令和3年度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

次のとおり、人間ドックを受診しましたので、必要書類を添えて、補助金の交付を申請します。

なお、提出した健診結果を枚方市が行う特定健康診査の結果に反映し、特定保健指導その他の保健事業に活用することについて同意します。

申請日 令和 年 月 日

|  |           |             |        |        |  |      |       |  |  |                    |   |        |          |
|--|-----------|-------------|--------|--------|--|------|-------|--|--|--------------------|---|--------|----------|
| 申請者<br>(受診者)   | (フリガナ)    |             |        |        |  |      |       |  |  |                    |   | 生年月日   | 昭和 年 月 日 |
|  | 氏名        |             |        |        |  |      |       |  |  |                    |   | 電話番号   | ( ) -    |
|  | 住所        | 〒 -         |        |        |  |      |       |  |  |                    |   |        |          |
|  | 被保険者記号番号  | 枚 国         |        |        |  |      |       |  |  |                    |   |        |          |
|  | 受診券整理番号   | 2 1 1 0 0 0 |        |        |  |      |       |  |  |                    |   |        |          |
| 受診医療機関名  |           |             |        |        |  |      |       |  |  |                    |   |        |          |
| 受診日  |           |             |        |        |  | 受診費用 |       |  |  |                    |   | 補助金交付額 |          |
| 令和 年 月 日   |           |             |        |        |  | 円    |       |  |  |                    |   | 円      |          |
| 振<br>込<br>先  | 金融機関      | 金融機関名       |        |        |  | 店舗名  |       |  |  | 種別                 |   |        |          |
|  |           |             |        |        |  |      |       |  |  | 普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 ・ その他 |   |        |          |
|  |           | ※金融機関コード    |        | ※支店コード |  | 口座番号 |       |  |  | 口座名義人(カナ)          |   |        |          |
|  |           |             |        |        |  |      |       |  |  |                    |   |        |          |
| ゆう<br>ちょ<br>い<br>ん<br>ぎ<br>ん   | 金融機関コード   |             | ※通帳の記号 |        |  |      | 通帳の番号 |  |  |                    | ※<br>金融機関コード、支店コード<br>が不明の場合は、空欄でも可<br>通帳の記号番号がない場合<br>は、「店番号」を記入 |        |          |
|  | 9 9 0 0 1 |             | の      |        |  |      |       |  |  |                    |   |        |          |
|  | 口座名義人(カナ) |             |        |        |  |      |       |  |  |                    |   |        |          |
| <p>&lt;委任状&gt;私は口座名義人を代理人と定め、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の受領の権限を委任します。</p> <p>申請者(受診者)自署または押印</p> |           |             |        |        |  |      |       |  |  |                    |   |        |          |

|   |                         |                             |                              |
|---|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 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 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 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 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 |
| 記入がない場合、申請受付ができませんので、必ずご記入ください。           |                         |                             |                              |

※提出する前に裏面の注意事項について、必ずご確認ください。

【提出期限】 令和4年(2022年)4月30日(郵送の場合は、当日消印有効)