

**記入例**

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

被保険者証に記載されている番号を左詰めで記入してください。

日中、連絡が取れる電話番号を記入してください。

申請日 令和 3 年 6 月 15 日

申請者 (受診者)	(フリガナ)	ヒラカタ ハナコ		生年月日	昭和 36 年 7 月 1 日							
	氏名	枚方 花子		電話番号	( 072 ) 000 - 0000							
	住所	〒573-00△△ 枚方市大垣内町〇丁目〇番〇号										
	被保険者記号番号	枚国	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	受診券整理番号	2	1	0	0	0	9	9	9	9	9	
受診医療機関名	〇×クリニック											
受診日				受診費用				補助金交付額				
令和 3 年 5 月 30 日				40,000 円				円				
振込先	金融機関	金融機関名		店舗名		種別						
		〇〇銀行		枚方		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)					
	1 2 0 0	1 2 0	1	2	3	4	0	0	0	ヒラカタ タロウ		
	金融機関コード	※通帳の記号		通帳の番号						※金融機関コード、支店コードが不明の場合は、空欄でも可通帳の記号番号がない場合は、「店番号」を記入		
9 9 0 0	1											
口座名義人(カナ)												
<委任状>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 申請者(受診者)自署または押印 <div style="text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">枚方 花子</div>												

受診券に記載されている番号を記入してください。

申請者(受診者)と口座名義人が異なる場合は、申請者(受診者)の自署または押印が必要です。

**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いますか	<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いますか	<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いますか	<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

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)