

丸亀市国民健康保険人間ドック助成金交付申請書

丸亀市長 宛

- ・下記のとおり人間ドック助成金の交付を申請しますので、指定する口座へ振込みください。
- ・世帯の国保税の納付状況を確認することに同意します。

※太枠の中を記入して下さい。

☐ 1 日 (1 万 5 千円)		☐ 1 泊 2 日 (2 万円)		申請日		年		月		日	
債権者登録番号				被保険者の記号番号		香川 2 -					
☐ 変更無		☐ 変更有		☐ 新規登録		世帯主名					
人間ドック受診者	住 所	〒 ー 丸亀市 町				自宅		-		-	
	フリガナ 氏 名					生年月日		年		月 日	
	人間ドック 担当医師名			受診日		年 月 日～ 日		診査料		円	
	医療機関名										
振込先 (※受診者名義)		金融機関		銀行・信用金庫・農協				金融機関コード ()			
				支店・支所・出張所				店舗コード ()			
		預金種別		普 通		口 座 番 号					
		フリガナ 口 座 名 義									

※添付書類 診査料の領収書、人間ドック結果報告書、丸亀市特定健康診査・各種がん検診の受診券

注) ・受診日において満 40 歳～75 歳未満の丸亀市国民健康保険の被保険者で、申請時において国保税の滞納がないこと

・同じ年度内に「丸亀市特定健康診査・がん検診(肺がん・胃がん・大腸がん)の受診券」を使用していないこと

住所 丸亀市 町

(世帯主) 氏名

連絡先 ー ー

◎人間ドック結果報告書中の特定健康診査検査項目を、特定保健指導等に活用することに同意します。

(受診者) 氏名

※特定健診の問診項目ですので、ご回答をお願いいたします。(該当する方に○をつけて下さい)

現在の薬の使用の有無	血圧を下げる薬	はい	いいえ
	インスリン注射又は血糖を下げる薬	はい	いいえ
	コレステロールを下げる薬	はい	いいえ
現在タバコを吸っている		はい	いいえ

[市記入欄]

・資格確認 ・年齢確認 ・滞納確認	・年 1 回確認 (前回) 年 月 受診	添付書類確認 ・領収書 ・結果報告書 ・特定健診/がん検診受診券	特 記 事 項	受付者署名
-------------------------	----------------------------	--	---------	-------