

灰色の箇所に記入・押印をお願いします

川西市国民健康保険健康診断(人間ドック)助成金支給申請書兼請求書

健康診断(人間ドック)助成券の交付を受けずに健康診断(人間ドック)を受診した方は、この申請書と健診結果・領収書を国民健康保険課に提出してください

令和 年 月 日

印鑑を必ず押してください

川西市長 宛

申請者 住所 川西市中央町12-1

氏名 川西 花子

電話 - -

健康診断(人間ドック)を、下記のとおり受診したので、助成金を申請します。本日、提出した受診結果により特定保健指導の受診が必要であったときには必ず受診いたします。
なお、支給決定された助成金については、下記の口座に振り込んでください。

記

受付番号	助成金 -	被保険者番号	
(フリガナ) 受診者	カワニシ ハナコ 川西 花子	昭和 年 月 日生	
受診日	令和 年 月 日		
受診医療機関名称	病院		
受診結果	健診結果 領収書	助成金額 支払済額×7/10 上限24,000円	円
対象要件 第2条 第1項	第1号 年齢 2号 受診時加入 3号(年1回) 4号 納付 5号 療養 6号 前年度保健指導 (対象外・評価済・その他())		
第5条第2項	受診後翌年度5月末までの申請であること		
コーカスメモ入力確認			

口座振込 依頼先	銀行	支店
	信用(金庫・組合 農協)	出張所 支所
普 当・貯	口座番号	口座名義人 カタカナ
		カワニシ ハナコ

口座振込依頼先が申請者の口座と異なる場合のみ、下記委任欄にご記入ください。

委任欄	川西市国民健康保険健康診断(人間ドック)助成金につ	印鑑を押してください (該当者のみ)
	住所	こちらの欄は、 該当者のみ ご記入ください
	氏名	に受領を委任します。
	令和 年	

問診項目(特定健診に準ずる)			
服薬歴	現在、血圧を下げる薬を服薬していますか	はい	いいえ
	現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を服薬していますか	はい	いいえ
	現在、コレステロールを下げる薬を服薬していますか	はい	いいえ
喫煙歴	現在、たばこを習慣的に吸っていますか	はい	いいえ

太枠内のみ記入してください。

該当する方を選択してください