

※灰色の箇所に記入をお願いします

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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	助成金一	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇
(フリガナ) 受診者	カワニシ ハナコ 川西 花子		昭和〇〇年〇月〇〇日 生
受診日	令和 〇〇年 〇月 〇〇日		
受診医療機関名称	〇〇〇〇病院		
受診結果	<input type="checkbox"/> 健診結果 <input type="checkbox"/> 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		
住基端末付箋入力確認			

口座振込 依頼先	〇〇〇〇	銀行 信用(金庫・組合) 農協	〇〇〇	支店 出張所 支所
	普 当・貯	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	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)助成金については		
	住所	こちらの欄は、	に受領を委任します。
	氏名	該当者のみ	
	令和 年	ご記入ください	

問診項目(特定健診に準ずる)

服薬歴	①現在、血圧を下げる薬を服薬していますか	①はい	②いいえ
	②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	①はい	②いいえ
	③現在、コレステロールを下げる薬を服薬していますか	①はい	②いいえ
喫煙歴	④現在、たばこを習慣的に吸っていますか	①はい	②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