

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

令和 年 月 日

川西市 宛

申請者 住所
(受診者)

(フリガナ)

氏名

生年月日 昭和 年 月 日

電話番号

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	
受診日	令和 年 月 日		
受診医療機関名称			
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	銀行 支店 信用（金庫・組合） 出張所 農協 支所		
	普・当・貯	口座番号	口座名義人 カタカナ

※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		
	氏名	に受領を委任します。	
	令和 年 月 日	申請者	

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。

受付担当者名