第1号様式(第4条関係)

**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 | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | 被保険者記号・番号 | | | | | | |  | | | | | | |
| 変更無　　　　変更有　　　　新規登録 | | | | | | | | | | | | | | | 世帯主名 | | | | | | |  | | | | | | |
| 人間ドック受診者 | 住　所 | | 〒　　　－  丸亀市 | | | | | | | | | | | |  | | | | 自宅　　　　‐　　　‐  携帯　　　　‐　　　‐ | | | | | | | | | |
| 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　　　金融機関ｺｰﾄﾞ（　　　　）  　　　　　　　　　　　支店･支所･出張所　　　　店舗ｺｰﾄﾞ　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | | | | | 普通 | | | | 口座番号 | | | | |  |  | |  | | |  | |  | |  |  |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　　※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35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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（世帯主）氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　　　－　　　　　－

◎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○をつけてください。）。 | | | |
| 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 |