

記入見本

別記様式第1号（第7条関係）

小平市長 殿

小平市国民健康保険人間ドック等利用費補助金交付申請書

小平市国民健康保険人間ドック等利用費補助金の交付を受けたいので、同意事項に同意の上、次のとおり申請します。

(申請者)

| | | |
|-------|------------------|-----------------|
| 申請日 | 令和〇〇年〇月〇日 | |
| 記号・番号 | 34-12 | 1234 |
| 氏名 | 小平 太郎 | |
| 生年月日 | 昭和〇〇年〇月〇日 | 受診時の年齢 (〇〇)歳 |
| 住所 | 小平市小川町2-1333 | |
| 電話番号 | (042) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 | |

(受診内容) 【人間ドック】

| | | | |
|-----------|----------------------------|--|--|
| 受診医療機関名 | 〇〇〇病院 | | |
| 受診医療機関所在地 | (東京) 都道 (〇〇) 区市 府・県 町・村 | | |
| 受診区分 | 人間ドック | | |
| 受診料金 | 〇〇,〇〇〇 円 | | |
| 受診日 | 令和〇〇年〇月〇日 | | |

人間ドックと同時受診の場合はこちらにチェックのみで構いません。☑

(受診内容) 【脳ドック】 人間ドックとの同時受診

| | | | |
|-----------|----------------------------|--|--|
| 受診医療機関名 | 〇〇〇病院 | | |
| 受診医療機関所在地 | (東京) 都道 (〇〇) 区市 府・県 町・村 | | |
| 受診区分 | 脳ドック | | |
| 受診料金 | 〇〇,〇〇〇 円 | | |
| 受診日 | 令和〇〇年〇月〇日 | | |

(同意事項)

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">国民健康保険税に未納があると、補助できません。治療を目的とした保険診療となる検査は、補助の対象となりません。領収書(写)の添付が必要です。40歳以上の方は、受診結果(写)及び問診票(市指定用紙)の添付が必要です。受診区分が脳ドックのみの場合、問診票の添付は不要です。40歳未満の方は、受診結果(写)の添付が必要です。40歳以上の方は、人間ドック等の結果を特定健康診査の実施に代えるとともに、必要に応じて小平市国民健康保険の保健事業としての指導等に使用し、健診項目のデータを東京都国民健康保険団体連合会へ提出します。 |
|--|

以下職員記入欄

| ドック追加確認 | 受診時資格 | 完納 | 受診時30歳以上 | 領収書 | 請求書 | 回数 | 受診結果收受 | パンフレット配布 | 受診時40歳以上 問診票收受 |
|---------|-------|----|----------|-----|-----|----|--------|----------|-------------------|
| | | | | | | | | | |

| |
|-----|
| 受付者 |
| |