

様式第1号（第5条関係）

国民健康保険人間ドック健診費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

常陸大宮市長 様

申請者 住所

氏名

常陸大宮市国民健康保険人間ドック健診費補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。なお、交付決定を受けたときは、当該補助金について請求しますので、指定口座に振り込んでください。

補助金の申請に当たっては、国民健康保険税の納付状況について担当職員が確認することに同意します。また、人間ドック健診結果を市に提供し、必要に応じて保健指導に活用することに同意します。

記

受診者	ふりがな				性別	男・女
	氏名					
	生年月日	年	月	日生	歳	
	住所					
	電話番号					
	被保険者番号					
医療機関名						
添付書類	人間ドック健診結果表					

補助金の振込先

振込先	金融機関名		店名	
	預金種目	普通・当座		口座番号
	フリガナ 口座名義	-----		

※審査欄（ここは記入しないでください。）

前年度の保険税の状況	完納・滞納あり
特定健診の受診状況	有・無

人間ドック申請チェックリスト

以下の内容について記入し、提出してください。

※内容確認のため、お電話させていただく場合があります。

氏名	(男・女)			
生年月日	S	年	月 日	
健診日	R	年	月 日	
今年度の特定健診(集団健診・個別健診)を受診していない (はい・いいえ)				
4月1日から受診日まで継続して国民健康保険に加入している (はい・いいえ)				
服薬	高血圧症	内服(有・無)	脂質異常症	内服(有・無)
	糖尿病	内服(有・無)	その他	内服(有・無)
自覚症状 (該当する全てに○)	(1)胸部圧迫感 (2)心悸亢進・動悸 (3)息切れ (4)不眠 (5)肩こり・腰痛 (6)手足のしびれ感 (7)めまい・たちくらみ (8)頭痛・耳鳴り (9)いつも調子が悪い (10)腹が張っている (11)下痢 (12)便秘 (13)痔の傾向 (14)その他()			
既往歴 (該当する全てに○)	(1)高血圧 (2)低血圧 (3)不整脈 (4)高脂質血症 (5)高尿酸血症 (6)腎不全以外の腎疾患 (7)糖尿病 (8)肝臓病 (9)胃・十二指腸潰瘍 (10)うつ (11)骨粗鬆症 (12)その他()			
たばこ	毎日吸う(本) ・ やめた ・ 吸わない			
アルコール	ほぼ毎日飲む	1合未満 ・ 1～2合未満 ・ 2～3合未満 ・ 3合以上		
	時々飲む			
	飲まない			
家族歴	高血圧症(有・無) ・ 糖尿病(有・無)			
	脳卒中(有・無) (脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血)			
	心臓病(有・無) (心筋梗塞 ・ 狭心症)			

※ 胃内視鏡検査補助対象者(年度内奇数年齢になる方)は、市が実施する胃内視鏡検査は対象外になります。

前年度までの保険税に未納があった場合は補助金の交付対象外となります。

《 提出していただくもの 》

- 国民健康保険人間ドック健診費補助金交付申請書兼請求書
- 人間ドック申請チェックリスト
- 今年度に受診した人間ドック結果の写し
- 今年度の特定健診受診券(お手元にある方のみ)

○提出先
〒319-2292 常陸大宮市中富町3135-6 常陸大宮市 医療保険課 人間ドック担当

ご不明な点があれば 医療保険課 ☎0295-52-1111(内線163) へお問い合わせください。