

別記

第1号様式（第8条関係）

多古町国民健康保険人間ドック等受診料助成申請書

年 月 日

多古町長 様

多古町国民健康保険人間ドック等受診料助成規則第8条の規定により、人間ドック等の受診料の助成を申請します。

また、人間ドック等の結果を特定健康診査の結果として利用することに同意します。

被保険者証記号番号	多						枝番		
受診者 (申請者)	住所								
	氏名								
	生年月日		年	月	日	電話番号			

検査医療機関									
受診日		年	月	日	～		年	月	日
ドックの種類	<input type="checkbox"/> 人間ドック				<input type="checkbox"/> 脳ドック				

費用総額 ※消費税を含む ※文書料は含まない ※領収書の写を添付		円	助成額 ※費用総額×7/10 ※助成限度額7万円 ※千円未満切捨		千円
---	--	---	---	--	----

チェック リスト	<input type="checkbox"/> 満35歳以上である。 <input type="checkbox"/> 領収書の写し <input type="checkbox"/> 結果報告書の写し（満40歳以上） <input type="checkbox"/> 納期到来分の国民健康保険税を完納している。 <input type="checkbox"/> 当該年度において特定健診や人間ドック等を受けていない。
-------------	---

多古町国民健康保険人間ドック等受診料助成請求書

年 月 日

多古町長 様

申請者 住 所
氏 名

多古町国民健康保険人間ドック等受診料助成規則第10条の規定により、請求します。

1. 請求金額 千円

2. 振込先

<input type="checkbox"/> 前年度申請した口座への振り込みを希望します。										
<input type="checkbox"/> 下記(別紙)口座への振込を希望します。										
<input type="checkbox"/> 現金での支給を希望します。										
振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 協同組合							本店 支店 本所	
	銀行コード					支店コード				
	預金種目	普通・当座 他 ()	口座番号							
口座名義人	カタカナ									

特定健康診査質問票

氏名

< 回答欄 >

薬の使用	1. 血圧を下げる薬を使用していますか	①はい ②いいえ
	2. インスリン注射または血糖を下げる薬を使用していますか	①はい ②いいえ
	3. コレステロールを下げる薬を使用していますか	①はい ②いいえ
既往歴	4. 医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっていると いわれたり、治療を受けたことがありますか	①はい ②いいえ
	5. 医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっていると いわれたり、治療を受けたことがありますか	①はい ②いいえ
	6. 医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、 治療（人工透析）を受けたことがありますか	①はい ②いいえ
	7. 医師から、貧血といわれたことがありますか	①はい ②いいえ
生活習慣	8. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか 1日あたり（ 本）	①はい ②いいえ