

様式第1号（第4条関係）  
由利本荘市国民健康保険特定健診（人間ドック）助成金支給申請書兼請求書

由利本荘市長 様

年 月 日

申請人 住 所  
氏 名  
生年月日 年 月 日（年齢 歳）  
被保険者番号  
電話番号

次のとおり、由利本荘市国民健康保険特定健診（人間ドック）助成金の支給を申請（請求）します。

医療機関等	名 称	
	所在地	
	受診日	年 月 日

振金込融先機関	金融機関名		支店名	
	口座種別		口座番号	
	口座名義人			

支給申請（請求）金額	円
------------	---

計     算   欄	【特定健診を受診した場合】		
	特定健診自己負担額	円	①
	①と市の特定健診に係る委託料（ 円）のうち低い額	円	②
	【人間ドックを受診した場合】		
	人間ドック受診料	円	③
	③と助成金限度額（10,000 円）のうち低い額	円	④
	②と④のうち高い額	円	

委任欄	本請求に基づく助成金の受領を下記代理人に委任します。		
	年 月 日		
	申請人（委任者）氏名		印
	代理人 住所		
	（受任者）氏名		印

※口座名義人が申請人と異なる場合にご記入ください。

## 特定健診・健康診査問診票

1. 次の服薬の有無について、該当するところに○をつけてください。

・ 血圧を下げる薬を服用している

① はい

② いいえ

・ インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用している

① はい

② いいえ

・ コレステロール又は中性脂肪を下げる薬を服用している

① はい

② いいえ

2. たばこについて、該当するところに○をつけてください。

・ 現在たばこを習慣的に吸っている

① 吸っている

② 以前は吸っていたが、最近 1 ヶ月間は吸っていない

③ 吸っていない

たばこを習慣的に吸っているとは、条件 1 と条件 2 の両方を満たす者である。

条件 1 : 最近 1 か月間吸っている

条件 2 : 生涯で 6 か月間以上吸っている、又は合計 1 0 0 本以上吸っている

※特定健診（人間ドック）の結果は、保険者において保存し、必要に応じて保健指導などの保健事業に活用することがありますので、ご了承の上申請願います。