

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		

振込先機関	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	
------------	---	--

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	(特定健診助成金額)	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	(人間ドック助成金額)	円 ④
	②と④のうち高い額	(支給申請額)	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		

※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 100 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できますので、ご了承の上申請  
願います。