

《指定外医療機関用》

北島町国民健康保険（人間・脳）ドック等助成金申請書

令和 ○年 ○月 ○日

北島町長 宛

人間ドック等を受診したので、北島町国民健康保険人間ドック及び脳ドック実施要綱第18条および第20条第2項の規定に基づき、受診料の領収書及び健診結果表を添えて助成を申請します。

1 受診者・助成金額

保険証番号	北島（ 1111111 ） 枝番（ 01 ）		
住所	〒771-0203 北島町 中村字上地23番地1		
氏名	北島 国保		
生年月日	S・H ○年 ○月 ○日	電話番号	000-000-0000
助成金額	○○○○○円	受診日	R ○年 ○月 ○日

※助成金額は、健診費用の7割の額です。（1円未満は切り捨て）ただし、人間ドックは20,000円、脳ドックは15,000円を限度とします。

※助成金の申請は、人間ドックを受診した年度の翌年3月31日までです。

2 振込先（人間ドック受診者の本人名義の口座）

金融機関名	○○○○ 銀行・金庫・農協	支店名	○○ 本店・支店・出張所
種別	普通・当座	口座番号	0 0 0 0 0 0 0
口座名義人	フリガナ	キタジマ コクホ	
	氏名	北島 国保	

※本人以外の口座への振り込みを希望される場合は、受取口座の委任欄（裏面）にご記入ください。（別に、添付書類が必要です。）

3 特定健診の受診について（※人間ドック受診時に特定健診受診券を未提出の方のみご記入ください。）

チェック

人間ドックの結果の一部と下記質問への回答を併せて特定健診を受診したとみなすことに同意します。

質問事項	回答選択肢	
①現在、血圧を下げる薬を使用していますか？	はい	いいえ
②現在、インスリンの注射または血糖を下げる薬を使用していますか？	はい	いいえ
③現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか？	はい	いいえ
④現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ （1ヶ月以上禁煙している場合は「いいえ」です）	はい	いいえ

※受取口座の委任欄

本人以外の口座への振り込みを希望される場合は、下記委任欄に記入の上、下記《添付書類》を添付してご提出ください。

《添付書類》（コピー可）

- ①口座名義人の本人確認書類
- ②委任者の本人確認書類

私は次の者を代理人と定め、人間ドック等助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
代理人 (口座名義人)	住所
	氏名
委任者(受診者)	氏名

《役場記入欄》

確認事項

- 助成の有無
- 受診項目
- 国保資格確認
- 国保税収納確認