

豊能町国民健康保険人間ドック費用助成申請書兼請求書

豊能町長 様

申請者 住所 豊能町

氏名 ㊟

電話番号 - -

次のとおり人間ドックを受診しましたので、豊能町国民健康保険人間ドック助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。なお、申請にあたり下記「2(6)」に記載の要件に同意します。

受診者	フリガナ	被保険者証 記号番号 豊能国
	氏名	
	生年月日	年 月 日
受診年月日	年 月 日	
受診医療機関等名		
申請金額	円	※ 上限13,000円 (医療機関等での支払額が13,000円を下回る場合はその支払額が上限となります)
受診費用額	円	

金融機関名		支店名	預金種別
銀行 農業協同組合 ()		本店 支店	1. 普通 2. 当座 3. ()
※ゆうちょ銀行で振込み支店名が不明の場合は、記号(5桁の数字)をご記入ください。			
口座番号	フリガナ	口座名義人	
	※ゆうちょ銀行で振込み用口座番号が不明の場合は、番号(8桁の数字)をご記入ください。		

※委任状 (申請者以外の振込口座を指定する場合は、記入してください。)

上記口座名義人を代理人と定め、人間ドック費用助成の受領を委任します。

年 月 日

住所 豊能町

氏名 ㊟

1 添付書類

- (1) 受診費用の領収書
- (2) 受診結果の写し (裏面記載の、豊能町 特定健康診査の全ての項目が記載されていること)

(注) 裏面に記載の質問事項へのご回答もお願いします。

2 助成を受けることができるのは、次の要件をすべて満たしている方です。

- (1) 豊能町国民健康保険の被保険者期間中に人間ドックを受診した方
- (2) 同じ年度内において、特定健康診査を受診していない方
- (3) 人間ドック受診日において40歳以上74歳以下の方
- (4) 申請日において、納期限到来の国民健康保険料を完納している世帯に属する方
- (5) 同じ年度内において、人間ドック助成金の交付を受けていない方
- (6) **人間ドックの検査結果の写しを提出し、特定保健指導及びその他の保健事業の対象者となった場合、当該保健事業を受けることに同意する方**

3 人間ドック受診費用の助成は、対象者1人につき1年度1回のみです。

4 受診結果を受け取られましたら、なるべくお早めに (人間ドック受診後3か月以内を目安に) 申請してください。

事務処理欄								
国保資格確認	年齢 (40~74歳)	特定検診 受診状況	保険料 納付状況	二重申請	受診日	結果写し 検査項目	質問事項回答 (裏面)	領収書
								確認者

◎下記の質問事項に回答をお願いします。

現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	①はい	②いいえ
現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	①はい	②いいえ
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。	①はい	②いいえ
現在、たばこを習慣的（※）に吸っていますか。 （※過去6か月以上前から吸っており、現在も継続して吸っている者）	①はい	②いいえ

※事務処理欄	
国保番号	受診者

◎助成対象となる検査項目

検査項目	
特定健康診査で定められた項目	特定健診の項目に町独自で追加する項目
○身体検査（身長・体重）腹囲測定	/
○血圧測定	
○医師の判定	
○尿検査…尿蛋白・尿糖	○尿検査…尿潜血
○血液検査 … 中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール・AST・ALT・ γ -GT・空腹時血糖（食後の場合随時血糖）・HbA1c・血清尿酸・eGFR・血清クレアチニン	○血液検査 … 血清アルブミン・白血球・赤血球・血色素・ヘマトクリット値