

(表面)

記入例

様式第1号(第5条関係)

幸手市国民健康保険人間ドック等助成金交付申請書			
被保険者記号・番号		幸 ー ○○○○○○	
検査を受けた被保険者 氏名・生年月日		国保 一郎 昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日生	
		検査受診日現在の年齢 (満 ○○ 歳)	
総合検査の区分・受診日		人間ドック・脳ドック (○○ 年 ○ 月 ○日受診)	
特定健康診査受診 (人間ドックの場合記入)		あり ・ なし	
医療機関名		○○病院	
助成金額(自己負担額)		27,000 円 (○○,○○○ 円)	
振 込 先	金融機関・支店名	○○ 銀行・信用金庫・農協 (○○ 支店)	
	口座番号等	普通・当座	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 左づめ
	名義人 (申請者又は 世帯主のもの)	フリガナ コクホ イチロウ 国保 一郎	
上記のとおり別紙必要書類を添えて申請します。 なお、検査結果を必要に応じて幸手市が実施する保健指導等に利用すること及び匿名化した上、検査結果の一部を国及び幸手市の統計資料として活用することに同意します。 令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 (あて先) 幸手市長 申請者 住 所 幸手市東4-6-8 氏 名 国保 一郎 電話番号 0480 (43) 1111			

左に助成額(上限27,000円)、
実施費用額を右の括弧内に記入
してください。

検診を受けた被保険者氏名を
ご記入ください。

添付書類・・・ 領収書・検査結果(写)

(裏面)

様式第1号 (第5条関係)

氏名 (**国保 一郎**)

質問票 「今年度の人間ドック等受診時の状況」

1 次の薬を使用していますか。

該当するもの全てに○をつけてください。

- ☒ 血圧を下げる薬
- ☐ インスリン注射または血糖を下げる薬
- ☐ コレステロールを下げる薬
- ☐ なし

2 現在たばこを習慣的に吸っていますか。

下記のいずれかに○をつけてください。

- ☐ はい
- ☒ 以前は吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない
- ☐ いいえ

3 既往歴についてお伺いします。

下記に該当するものがあれば全てに○をつけてください。

- ・特になし ・肺結核 ・脳卒中 ☒ 高血圧 ・心臓病 ・貧血
- ・腎臓病 ・肝臓病 ☒ 糖尿病 ・痛風 ・高脂血症
- ・その他 ()

4 自覚症状についてお伺いします。

下記に該当するものがあれば全てに○をつけてください。

- ・特になし ☒ だるさ ・息切れ ・めまい ・立ちくらみ
- ・頭痛 ・腰痛 ・膝関節痛 ・胸がしめつけられる ・耳鳴り
- ・便秘 ・せき ・たん ・血たん ・胸痛 ・微熱
- ☒ 体がだるい ・体重減少 ・寝汗をかく
- ・その他 ()