

海老名市国民健康保険人間ドック助成金支給申請書兼請求書

令和●年 ●月 ●日

海老名市長 殿

申請者及び請求者 住所 海老名市 勝瀬175番地の1  
 (人間ドック受検者又は世帯主) 氏名 海老名花子(人間ドック受検者又は世帯主)  
 電話 046 ( 231 ) 2111

以下の者が受検した人間ドックの結果を統計資料として国に報告する他、市の特定保健指導その他の保健事業に活用することを同意するとともに、受検年度内に特定健診と重複受診した場合や、受検日に国民健康保険被保険者の資格を喪失していた場合は助成金を返還することを誓約し、海老名市国民健康保険人間ドック助成金支給要綱第7条の規定に基づき、次のとおり申請及び請求します。

被保険者番号	人間ドック受検者	生年月日	年齢 (受検日時点)
	海老名 花子	昭和 ●●年 ●月 ●日生	●歳
受検日	受検医療機関名	受検費用	受検費用の1/2
令和●年 ●月 ●日	●●病院	(消費税除く) 43,500円	(百円未満切り捨て) 21,700円

助成申請額	21,700円	※30,000円と受検費用の1/2 のどちらか少ない額

(振込先)

銀行等名	支店名	口座番号	口座名義人(カタカナ)
*銀行コード(●●●●) ●●銀行	*支店コード(●●●) ※ゆうちょ銀行は数字3桁 ●●支店	① 当 ●●●●●●●●	エビナ タロウ

※申請者の口座を記入してください。申請者と異なる口座への振込みを希望する場合、委任状が必要です。

委任状	上記請求額の受領に関する一切の権限を委任します。		
	受任者氏名(口座名義人)	海老名 太郎	委任者氏名(申請者) 海老名 花子 ① (自署または印)
	住所	海老名市勝瀬175番地の1	※申請者と口座名義人が異なる場合に記入。

- 【添付資料】 (1) 同意書(第2号様式) (2) 人間ドック受検料の領収明細書写し  
 (3) 海老名市人間ドック助成用問診票(第3号様式) (4) 受検結果写し

※ 定めた検査項目

- 身長体重および腹囲検査
- 血圧測定
- 血液検査(GOT、GPT、γGTP、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、空腹時血糖又はHbA1c)
- 尿中の糖および蛋白の有無
- 血清クレアチニン
- 貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数)
- 心電図
- 胸部レントゲン

※4~8の検査を実施していない場合は、1~3の結果のみでよい。

担当	受付
支給決定額	
円	

# 同意書

令和●年 ●月 ●日

海老名市長 殿

申請者及び請求者 住所 海老名市 勝瀬175番地の1  
(人間ドック受検者又は世帯主) 氏名 海老名花子(人間ドック受検者又は世帯主)  
被保険者番号 ●●●●●●●●

海老名市国民健康保険人間ドック助成金支給申請にあたり、私及び以下の者は海老名市市税条例第3条に規定する市税及び海老名市国民健康保険税賦課徴収条例第1条の規定により徴収する国民健康保険税の収納状況を確認、調査することに同意します。

世帯全員の氏名 (国民健康保険に加入していない 世帯員も含む)	生年月日	※職員記入欄 (宛名コード)
海老名 花子	T H ● ● ● ⑤ R	
海老名 太郎	T H ● ● ● ⑤ R	
海老名 次郎	T ④ ● ● ● S R	
海老名 市子	T H ● ● ● S ④	
	T H . . S R	
	T H . . S R	

担当	受付