

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

年 月 日

海 老 名 市 長 殿

住所 海老名市.....

申請者及び請求者（世帯主） 氏名・印 .....印

電話 .....（ ）.....

私は、受検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、申請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	人間ドック受検者名	生年月日	年齢 (受検日時点)
		年 月 日生	
受検日	受検医療機関名	受検費用	受検費用の1/2
年 月 日		(消費税額を除く) 円	(百円未満切り捨て) 円

助成申請額	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( )	*支店コード( ) ※ゆうちょ銀行は数字3桁	普 当	

- 【添付資料】
- (1) 同意書
  - (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①、②
  - (4) 受検結果写し

※ 定めた検査項目

1. 身長体重および腹囲検査
2. 血圧測定
3. 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)
4. 尿中の糖および蛋白の有無
5. 血清クレアチニン
6. 貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数)
7. 心電図
8. 胸部レントゲン

※5～8の検査を実施していない場合は、1～4の結果のみでよい。

	担当	受付
支給決定額		
		円