

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

申請者及び請求者 住所 海老名市

(人間ドック受検者又は世帯主) 氏名

電話 ()

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)
		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	

※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	上記請求額の実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)	委任者氏名(申請者)	(自署または印)
	住所		

【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、 γ GTP、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	