

那珂市国民健康保険特定健診受診促進助成金交付申請書

令和 年 月 日

那珂市長 様

特定健診の検査項目を含む人間ドック等を受診しましたので、那珂市国民健康保険特定健診受診促進助成金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

申請者 (受診者)	フリガナ		被保険 者証	記号	番号	
	氏名			那珂		
	住所	〒 那珂市				
	生年月日	昭和 年 月 日		電話番号		
人間ドック等に 要した費用額	X					
受診した医療 機関等名及び 医師の氏名	〔医療機関等名〕					
	〔医師の氏名〕  (受診年月日)					
添付書類	<input checked="checked" type="checkbox"/> 人間ドック等の結果の写し(要綱第 2 条に掲げる項目が記載されていること。 <input checked="checked" type="checkbox"/> 人間ドック等の領収書の写し					
服薬の状況	血圧を下げる薬 ( はい ・ いいえ ) 血糖を下げる薬又はインスリン注射 ( はい ・ いいえ ) コレステロールや中性脂肪を下げる薬 ( はい ・ いいえ )					
喫煙習慣	習慣的に喫煙している。( はい ・ いいえ )					
飲酒習慣	毎日 ・ 時々 ・ ほとんど飲まない ・ 飲めない					
既往歴	結果の写しのとおり・あり ( ) ・なし					
自覚症状	結果の写しのとおり・あり ( ) ・なし					
他覚症状	結果の写しのとおり・あり ( ) ・なし					
家族歴	( )					

- 私は、人間ドック等の結果を市へ提供することに同意します。
  - 私は、受診日が該当する同年度において、市が行う特定健診を受診した場合は、当助成金を返還します。
  - 私は、結果の内容によって実施される特定保健指導等を受けることに同意します。
- ※提供される情報は、那珂市個人情報保護条例に基づいて適正に管理し、皆様の健康維持・増進のために利用し、目的以外での利用は行いません。