様式第1号（要綱第7条）

高槻市国民健康保険人間ドック等助成金交付申請書兼請求書

被保険者記号・番号		高国	ー　ー
受診者	氏名		
	生年月日・受診日時点の年齢	昭和・平成　年　月　日	歳
受診区分		1. 人間ドック　2. 脳ドック　3. 肺ドック	
受診保険医療機関等名称			
受診保険医療機関等所在地			
受診年月日		令和　年　月　日	

助成要件確認欄	□ 1. 受診日において30歳以上の被保険者で、納期到来分までの保険料を完納している世帯に属している者であること。 □ 2. 助成の対象となる人間ドック、脳ドック及び肺ドックは、別表に掲げた内容であることに同意すること。 □ 3. 受診日の属する年度の人間ドック、脳ドック及び肺ドックにおいて、同一の助成を受けていないこと。 □ 4. 受診日の属する年度の人間ドックの助成については、同一年度内に特定健診を受診していないこと。 □ 5. 人間ドックの助成については、指定検査項目を必ず受診し、受診後その結果等を指定の連絡票の提出により報告いただけること。また、そのデータを特定保健指導等に活用することに同意いただけること。

令和　年　月　日

上記のとおり、人間ドック等の助成要件を確認のうえ、人間ドック等助成金の交付を申請します。
当該助成金の受領に関しては、□ 口座振込払 □ 委任払を選択します。
当該助成金の受領に関する権限を、下記の □ 口座名義人 □ 保険医療機関等を代理人と定め委任します。
当該助成金の受領については、下記の金融機関の口座に振込にて支払われるよう請求します。

（宛先）高槻市長

申請者（受診者）　住所

氏名　　電話番号

振込先	銀行・農協 信金・信組	口座番号	1. 普通 2. 当座	
	支店・出張所	（フリガナ）		
銀行・支店コード		口座名義人		

保険医療機関等同意欄	上記内容を確認し、当該人間ドック等助成金の受領についての委任に同意します。 （所在地） （保険医療機関等名称） （代表者名）　（電話番号）

事務処理欄

助成金交付額	円	費用額	円	受付番号	