

川西市国民健康保険健康診断(人間ドック)助成金支給申請書兼請求書

令和 年 月 日

川 西 市 長 宛

申請者 住 所
(受診者)

(フリガナ)

氏 名

生年月日 昭和 年 月 日

電話番号

健康診断(人間ドック)を、下記のとおり受診したので、助成金を申請します。
本日、提出した受診結果により特定保健指導の受診が必要であったときには必ず受診いたします。
なお、支給決定された助成金については、下記の口座に振り込んでください。

記

受付番号	助成金一	被保険者番号	
受 診 日	令和 年 月 日		
受診医療機関名称			
受診結果	☐ 健診結果 ☐ 領収書	助成金額 支払済額×7/10 ※上限24,000円	円
対 象 要 件 第2条 第1項	第1号 年齢 2号 受診時加入 3号 (年1回) 4号 納付 5号 療養 6号 前年度保健指導(対象外 ・ 評価済 ・ その他())		
第5条第2項	受診後翌年度5月末までの申請であること		
住基端末付箋入力確認			

口座振込 依頼先	銀行 支店 信用 (金庫・組合) 出張所 農協 支所			
	普・当・貯	口座番号		口座名義人 カタカナ

※口座振込依頼先が申請者の口座と異なる場合のみ、下記委任欄にご記入ください。

委任欄	川西市国民健康保険健康診断 (人間ドック) 助成金については	
	住所	
	氏名	に受領を委任します。
令和 年 月 日		申請者

問診項目 (特定健診に準ずる)

服薬歴	1. 現在、血圧を下げる薬を使用していますか	① はい ② いいえ
	2. 現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を使用していますか	① はい ② いいえ
	3. 現在、コレステロールを下げる薬を使用していますか	① はい ② いいえ
喫煙歴	4. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか	① はい (条件1. 2両方を満たす) ② 以前は吸っていたが、最近1カ月は吸っていない (条件2のみ満たす) ③ いいえ (①. ②以外)
	条件1; 最近1カ月間吸っている 条件2; 生涯で6カ月間以上 または合計100本以上吸っている	

※太枠内のみ記入してください。

受付担当者名