

## 多可町後期高齢者医療人間ドック費用助成金申請書兼請求書

多可町長様

令和 年 月 日

※太枠内を記入してください

|  |              |    |     |
|--|--------------|----|-----|
| 関係書類を添えて下記のとおり人間ドック費用の助成を申請します。なお、次のことに同意します。    |              |    |     |
| <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料の納税状況等を確認すること |              |    |     |
| <input type="checkbox"/> 人間ドック検査結果を多可町に提供すること    |              |    |     |
| フリガナ   | 生年月日（年齢）     |    |     |
| 申請者兼請求者氏名  | 昭和 年 月 日（ 歳） |    |     |
| 申請者兼請求者住所  | 〒 多可町 区 番地   |    |     |
| 電話番号   | 自宅（ ） ー      | 性別 | 男・女 |
|  | 携帯（ ） ー      |    |     |

（請求書発行責任者、担当者及び連絡先も上記と同様）

|                               |   |                              |   |  |
|-------------------------------|---|------------------------------|---|--|
| 加入医療保険                        | 後期高齢者医療   |                              |   |  |
| 調査確認欄                         | 1. 今年度中に健康診査【町ぐるみ健診やはつらつ健診、基本健診、個別がん検診、事業所（職場）健診等】の受診がありますか。<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>2. 人間ドック受診に係る他からの助成や補助がありますか。<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |                              |   |  |
| 受診医療機関名                       | <input type="checkbox"/> 多可赤十字病院 <input type="checkbox"/> 大山記念病院（日帰りドック・2時間ドック・1泊2日ドック）<br><input type="checkbox"/> その他（医療機関・コース名： ）  |                              |   |  |
| 助成対象検査費用額<br>（オプション検査を除く基本金額） | 円   | 助成申請額<br>（左記の1/2、上限10,000円）  | 円   |  |
| 助成請求額                         | 円（※上記の「助成申請額」を記入してください）   |                              |   |  |
| 受診日                           | 令和 年 月 日  |                              |   |  |
| 問診項目                          | 現在の治療状況   | 血圧を下げる薬                      | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> いいえ |  |
|                               |   | インスリン注射又は血糖を下げる薬             | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> いいえ |  |
|                               |   | コレステロールを下げる薬                 | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> いいえ |  |
|                               | 喫煙歴   | 現在、たばこを習慣的に吸っていますか           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |  |
| 振込先指定口座<br>（申請者兼請求者名義の口座）     | 金融機関名   | 銀行・信用組合<br>信用金庫・農協<br>（ ） 支店 |   |  |
|                               | 口座種別  | 1. 普通 2. 当座<br>3. その他（ ）     | 口座番号  |  |
|                               | 口座名義人   |                              |   |  |
|                               | 口座名義<br>（カタカナ）  |                              |   |  |

※1 添付資料として、受診された医療機関の領収書、健診結果報告書を提出してください。

※2 提供いただいた検査結果は、多可町健康づくり事業以外の目的で使用いたしません。

※以下の欄は町が使用しますので、記入しないでください

|                   |          |       |             |       |      |        |  |
|-------------------|----------|-------|-------------|-------|------|--------|--|
| 申請兼請求<br>受理年月日    | 令和 年 月 日 |       | 申請兼請求<br>番号 |       |      |        |  |
| 町担当者<br>記入欄       | 被保険者番号   | 領収書   | 健診結果表       | 納税状況  |      | 調査確認項目 |  |
|                   |          | 可 ・ 否 | 可 ・ 否       | 可 ・ 否 |      | 可 ・ 否  |  |
| (承認・不承認)<br>決定年月日 | 令和 年 月 日 |       | 課長          | 副課長   | 課長補佐 | 担当     |  |
|                   |          |       |             |       |      |        |  |