様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

高梁市長　様

申請者　住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（助成対象者本人）

電話番号

高梁市国民健康保険市外人間ドック等情報提供助成金交付申請書

高梁市国民健康保険市外人間ドック等情報提供助成金の交付を受けたいので、高梁市国

民健康保険市外人間ドック等情報提供助成金事業交付要綱第５条の規定により関係書類を添えて申請します。助成を受けるに当たり、今年度の市が実施する特定健康診査は受けません。

なお、この申請に伴い提出する人間ドック等の受診結果について、特定保健指導に用いることを承諾します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名 |  |
| 対象者生年月日 |  |
| 対象者住所 | 高梁市 |
| 被保険者証記号番号 | 岡９ |
| 受診医療機関名 | （住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受診日 |  |
| 人間ドック等自己負担費用 | 円 |
| 助成金申請額 | ３，０００円 |

添付書類　(1)　特定健康診査受診券

(2)　受診したことを証明する医療機関の領収書等の原本又は写し

(3)　受診結果の写し　※特定健康診査における検査項目を満たしているもの

(4)　その他市長が必要と認める書類

健診結果項目（※市記入欄）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体計測 | □ | 身長 | | 血液検査 | 血糖 | □ | | 空腹時血糖 |
| □ | 体重 | | □ | | ＨｂＡ１ｃ |
| □ | ＢＭＩ | | 脂質 | □ | | 中性脂肪 |
| □ | 腹囲 | | □ | | ＨＤＬコレステロール |
| 血圧 | □ | 拡張期 | | □ | | ＬＤＬコレステロール |
| □ | 収縮期 | | 肝機能 | □ | | ＡＳＴ（ＧＯＴ） |
| 尿検査 | □ | 尿糖 | | □ | | ＡＬＴ（ＧＰＴ） |
| □ | 尿たんぱく | | □ | | γ－ＧＴ（γ-ＧＰＴ） |
| 問診･結果等 | | □ | 特定問診項目 | | □ | | 既往歴 | |
| □ | 自覚症状・他覚症状 | | □ | | 内科診察（総合判定） | |

様式第４号（第７条関係）

高梁市国民健康保険市外人間ドック等情報提供助成金請求書

年　　　月　　日

高梁市長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　年　　　月　　　日付　　　　第　　　　号で交付決定及び確定のあった国民健康保険市外人間ドック等情報提供助成金について、次のとおり請求します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 | | 金　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | |
| 助成金振込先 | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　 　 　本店  　　　　　　　　　　　 金庫　　　　　　　　　 　支店  　　　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　 出張所 | | | | | | | |
| 口座番号 | 普通　　当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | |