

恵那市長 様

申請者 住 所 恵那市 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 連絡先 \_\_\_\_\_

恵那市国民健康保険人間ドック等健康診査助成金交付申請書

恵那市国民健康保険医療人間ドック等健康診査助成金の交付を受けたいので、恵那市国民健康保険人間ドック等健康診査助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

被保険者証の記号番号			
受診者氏名 (被保険者氏名)			
受診者生年月日	年 月 日		
受診した医療機関			
受診年月日	年 月 日		
受診に要した費用			円
助成金交付申請額 (上限2万円)			円
添付書類	<input type="checkbox"/> 人間ドック等健診結果の写し <input type="checkbox"/> 人間ドック等領収書の写し <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類		
質問項目 (○を付けてください)	使用中の 薬の有無	血圧を下げる薬	はい・いいえ
		インスリン注射 又は血糖を下げる薬	はい・いいえ
		コレステロールを下げる薬	はい・いいえ
	タバコを習慣的に吸っている		はい・いいえ

備考 この助成金の申請に当たり提出を受けた個人情報、本申請のほか、被保険者への保健指導を目的として、人間ドック等の健診結果を分析し、使用することがありますので、あらかじめ御了承ください。