

年 月 日

花巻市国民健康保険人間ドック利用奨励金交付申請書兼請求書

花巻市国民健康保険人間ドック利用奨励金の交付を受けたいので、花巻市国民健康保険人間ドック利用奨励金交付要綱第3条に基づき、次のとおり申請します。

なお、人間ドックの受診結果は、特定健康診査のデータとして提供します。

太枠をご記入ください

受診者	被保険者番号							
	住 所	連絡先電話番号						
	フリガナ							
	氏 名							
	生年月日	年	月	日	年齢	歳		
健 診 項 目	人間ドック							
検 査 機 関 名								
受 診 日	年 月 日							
市の特定健康診査受診の有無	<small>注意）人間ドックを受診した年度に、市の特定健康診査を受診したことが判明した場合は、 奨励金を返還していただきます。</small> 有 ・ 無							
振込先口座	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協					本店・支店 出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号 (右詰め)					
	口座名義人	(カタカナ)						
<input type="checkbox"/> 市の特定健康診査と重複して受診した場合は、奨励金を市へ返還します。  年 月 日 申請者（世帯主） 花巻市長 様								
委任状（振込先が申請者以外の場合） この奨励金の受領を代理人に委任します。  申請者 _____ 印 代理人 住所 _____ 氏名 _____								

（添付書類）検査機関が発行した人間ドック受診に係る領収書の写し

\*\*\* 確認欄（市受付者記入） \*\*\*

- 花巻市実施の特定健康診査を受けていない
- 年齢（人間：35歳以上）
- 国保資格取得期間： 年 月 日～ 年 月 日
- 領収書  検査結果（写）  問診票（質問票）

処理欄（市担当者記入）	審 査	
<input type="checkbox"/> 入力	検査費用	円
<input type="checkbox"/> 受診券番号：	特定健診費用	円
<input type="checkbox"/> その他：	支給決定額	円

受付印
特定健診未受診確認印