

## 我孫子市国民健康保険健康診査受診費用助成金交付申請書

我孫子市長あて

我孫子市国民健康保険健康診査受診費用助成金の交付を受けたいので、我孫子市国民健康保険健康診査受診費用助成要綱第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

### 1 確認事項

健康診査を受診した日からこの申請書を提出する日までの間、継続して我孫子市国民健康保険に加入している。	<input type="checkbox"/> はい
健康診査を受診した日において、40 歳以上 74 歳以下である。	<input type="checkbox"/> はい
健康診査の受診に要した費用を自己負担している。	<input type="checkbox"/> はい
本年度は、特定健康診査、我孫子市国民健康保険短期人間ドックその他我孫子市が費用を助成する健康診査を受診していない又は受診する予定がない。	<input type="checkbox"/> はい
提出した健康診査の結果が、次の（1）及び（2）に掲げる目的のために利用されることに同意する。 （1）特定保健指導の実施 （2）被保険者の更なる健康の保持及び増進並びに医療費の適正化を目的とした通知、案内等	<input type="checkbox"/> はい

### 2 申請者（健康診査を受診した者）

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日 （ 歳）
住 所	
電 話 番 号	（ 号 ）

### 3 提出書類

1 我孫子市国民健康保険特定健康診査受診券 2 健康診査の受診に要した費用を支払ったことを証明する書類の写し 3 健康診査の結果の写し 4 我孫子市国民健康保険健康診査受診費用助成制度 質問票 5 その他（ ）
---

# 記載例

提出日をご記入ください

△年△月△日

## 我孫子市国民健康保険健康診査受診費用助成金交付申請書

我孫子市長あて

我孫子市国民健康保険健康診査受診費用助成金の交付を受けたいので、我孫子市国民健康保険健康診査受診費用助成要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

確認事項をお読みいただきチェックしてください

### 1 確認事項

健康診査を受診した日からこの申請書を提出する日までの間、継続して我孫子市国民健康保険に加入している。	<input checked="" type="checkbox"/> はい
健康診査を受診した日において、40歳以上74歳以下である。	<input checked="" type="checkbox"/> はい
健康診査の受診に要した費用を自己負担している。	<input checked="" type="checkbox"/> はい
本年度は、特定健康診査、我孫子市国民健康保険短期人間ドックその他我孫子市が費用を助成する健康診査を受診していない又は受診する予定がない。	<input checked="" type="checkbox"/> はい
提出した健康診査の結果が、次の（1）及び（2）に掲げる目的のために利用されることに同意する。 （1）特定保健指導の実施 （2）被保険者の更なる健康の保持及び増進並びに医療費の適正化を目的とした通知、案内等	<input checked="" type="checkbox"/> はい

### 2 申請者（健康診査を受診した者）

氏名	<b>我孫子 花子</b>
生年月日	△△年 △月 △日（△△歳）
住所	<b>我孫子市我孫子 1858</b>
電話番号	<b>04（7185）1111</b>

### 3 提出書類

- 6 我孫子市国民健康保険特定健康診査受診券
- 7 健康診査の受診に要した費用を支払ったことを証明する書類の写し
- 8 健康診査の結果の写し
- 9 我孫子市国民健康保険健康診査受診費用助成制度 質問票
- 10 その他（

別紙、ダウンロードして記載してください