

多摩市国民健康保険総合健康診査料助成金交付申請書兼請求書

受診者	記号番号	—	適用開始日	年 月 日
	氏名		生年月日	年 月 日
助成金申請額及び請求額		円 (上限10,000円。ただし、診査料の2分の1に相当する額が10,000円未満の場合は、診査料の2分の1に相当する額)	受診日	年 月 日

確認欄	<input type="checkbox"/> 同じ年度内に、多摩市が行う特定健康診査を受診しません。 (助成金交付後に同じ年度内に受診したことが判明した場合は、助成金を返還する必要があります。)									
	<input type="checkbox"/> 服薬・喫煙歴の確認 (総合健康診査の結果に同一内容が記載されている場合は記入不要です。)									
	1 現在、次の薬の使用がありますか。									
	<table border="1"> <tr> <td>(1) 血圧を下げる薬</td> <td>①はい ②いいえ</td> </tr> <tr> <td>(2) 血糖を下げる薬又はインスリン注射</td> <td>①はい ②いいえ</td> </tr> <tr> <td>(3) コレステロール又は中性脂肪を下げる薬</td> <td>①はい ②いいえ</td> </tr> </table>	(1) 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	(2) 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ	(3) コレステロール又は中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ	<table border="1"> <tr> <td>①はい (条件1と条件2を両方満たす。)</td> </tr> <tr> <td>②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない。(条件2のみ満たす。)</td> </tr> <tr> <td>③いいえ (①②以外)</td> </tr> </table>	①はい (条件1と条件2を両方満たす。)	②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない。(条件2のみ満たす。)
(1) 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ									
(2) 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ									
(3) コレステロール又は中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ									
①はい (条件1と条件2を両方満たす。)										
②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない。(条件2のみ満たす。)										
③いいえ (①②以外)										

国民健康保険総合健康診査料助成金の交付について、多摩市国民健康保険総合健康診査料助成金交付要綱第5条第1項の規定により関係書類を添えて上記のとおり申請し、助成金の交付の決定を受けたときは、当該決定を受けた日に上記の請求額（請求額と当該決定を受けた額が異なる場合は、当該決定を受けた額）を請求するので、下記の口座に振り込むよう依頼します。
 なお、この申請書に添付する診査の結果を、多摩市が行う特定健康診査の結果に反映し、特定保健指導その他の保健事業に活用することについて同意します。

多摩市長 殿

年 月 日

助成対象者（受診者本人）住所
氏名
電話番号

振込先金融機関	銀行・信金 農協・信組	支店名	店番号				
口座種別	普通・当座	口座番号					
フリガナ							
口座名義人							

決定年月日	年 月 日	資格格認	納税格認	受診券	受付	受付印	
本人確認	1点	番号C・免・パ・障手・在留・他 ()					
	2点	国保・介保・年手・住票・キャ・他 ()					