

第1号様式（第5条関係）

多摩市国民健康保険総合健康診査料助成金交付申請書

受診者	記号番号	—	適用開始日	年 月 日
	氏名		生年月日	年 月 日
保険医療機関名			保険医療機関所在地	
診査料額	円 (領収書の金額を記入)		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。			
	(1) 血圧を下げる薬			はい・いいえ
	(2) 血糖を下げる薬又はインスリン注射			はい・いいえ
(3) コレステロール又は中性脂肪を下げる薬			はい・いいえ	
2 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 「習慣的に吸っている」とは、現在までに合計100本以上又は6か月以上吸っている者であり、最近1か月間も吸っている者をいいます。			はい・いいえ	
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、上記のとおり申請します。 なお、総合健康診査の診査料について助成金の交付を申請する場合には、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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 多摩市長 殿 助成対象者（受診者本人）住所 氏名 電話番号				

受付年月日	年 月 日	資格 確認	納税 確認	受付	受付印
決定年月日	年 月 日				
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 ()			