

人間ドック・脳ドック検査料助成金申請書

被保険者証	記号		番号		年	月	日
世帯主	住所						
	氏名						
人間ドック 脳ドックの受診者	氏名						
	生年月日	年	月	日			
医療機関等	検査期間 及び区分	年	月	日	から	日	まで 日間
	所在地						
	名称						
助成金交付申請額	円						
次の金融機関へ振り込んでください。							
振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合			支店 (店番号)		
	口座番号	普通 当座 貯蓄		フリガナ	口座名義人		
上記のとおり申請いたします。 年 月 日 〒 住所 世帯主 氏名 (押印省略) 電話 草加市長あて				1. 血圧を下げる薬を飲んでいる (はい・いいえ) 2. 血糖を下げる薬を飲んでいる (はい・いいえ) 3. コレステロールを下げる薬を飲んでいる (はい・いいえ) 4. タバコを吸っている (はい・いいえ) 下記の項目を確認しレ点を付けてください。 <input type="checkbox"/> 人間ドックの検査結果により特定保健指導や生活習慣病重症化予防対策事業の対象になった場合、草加市や埼玉県国保連合会と契約する委託業者より事業への参加をご案内することがあります。			

※人間ドック又は脳ドックの領収書、検査結果の写しを添付してください。

資格等チェック欄

検査料 (税抜)	円
助成率 (7割)	円
支給決定額	円

検査 日 当日	資格	年齢35歳以上	1年以上加入	申請 日 当日	国民健康保険税
	有	適	適		完納
	無	否	否		未納

確認資料

領収書 結果の写し 委任状