

年 月 日

都留市長 様

申請者(受診者)

住 所 都留市

氏 名

印

電話番号

都留市健康診査及びがん検診受診費用助成金申請書兼請求書

都留市健康診査及びがん検診受診費用助成金の交付を受けたいので、都留市健康診査及びがん検診受診費用助成金交付要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

助成金申請額 金 \_\_\_\_\_ 円

2 振込先

金融機関名		本・支店名	預金種別	口座番号
	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	普通・当座	
口座名義人	住所			
	フリガナ			
	氏名			

※金融機関口座は、申請者本人のものに限ります。

3 受診明細 ※太枠内を記入してください。

受診者氏名						
生年月日		年	月	日	年齢	歳
項目	健診受診日	医療機関 (検査機関)名	健診(検診)費用 (保険適用分を除く)	助成上限額	決定額 ※市記入欄	
健康診査	年 月 日		円	39歳以下 8,000円 ※社会保険本人を除く	円	
				40歳以上 8,000円 ※40～74歳の社会保険本人、被扶養者を除く		
				生活保護 8,000円		
肺がん検診	年 月 日		円	2,700円	円	
肺がん喀痰検診	年 月 日		円	2,800円	円	
胃がん検診	年 月 日		円	9,200円	円	
大腸がん検診	年 月 日		円	1,700円	円	
乳がん検診	年 月 日		円	5,400円	円	

4 既往歴・服薬等 (健康診査を受診した場合に限る)

質問事項	回答
(1) 既往歴について、該当するものはありますか。	特になし 高血圧 糖尿病 脂質異常 貧血 肝臓病 腎臓病 その他( )
(2) 自覚症状について、該当するものはありますか。	特になし 動悸 息切れ めまい 頭痛 腰痛 その他( )
(3) 血圧を下げる薬を使用していますか。	はい ・ いいえ
(4) 血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	はい ・ いいえ
(5) コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	はい ・ いいえ
(6) 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※	はい ・ いいえ

※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「過去に合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者。

5 添付書類

- (1) 健(検)診の領収書(明細書がある場合は、明細書も添付)
- (2) 健(検)診結果の写し
- (3) 健康保険被保険者証の写し

【個人情報の取扱について】

提出された情報については、「個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)」に基づき適正に管理し、皆さまの健康維持・増進のために利用いたします。