

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

(申請日) 年 月 日

都留市長 様

関係書類を添えて、次のとおり健康診査及びがん検診受診費用の助成を申請します。

☐ 当該申請に係る助成金額の算定に必要な情報を受診された医療機関等や加入保険者へ照合することについて
同意します。

申請者	氏 名	〒 都留市		生 年 月 日	
	年 月 日(歳)				
	住 所			電話	

項目	受診日	医療機関 (検査機関名)	健康診断費用 (保険適用分を除く)	助成上限額	決定額
健康診査	年 月 日		円	8,000 円※	円
肺がん検診	年 月 日		円	2,700 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

※健康診査 社会保険本人、40～74 歳社会保険扶養者を除く

助成金申請額		円		
--------	--	---	--	--

振込先	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農業協同組合		本・支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義	※申請者本人のものに限る			

●健康診査を受診した方へ(既往歴・副薬歴等)

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

※過去に合計 100 本以上、又は 6 か月以上吸っており、最近 1 か月間も吸っている者

添付書類 必須

- (1) 健(検)康診断の領収書 (2)明細書 (3) 健(検)康診断の結果
(4) 健康保険の資格情報が確認できるもの (マイナ保険証等) (5) 振込先の口座・通帳など

【個人情報の取り扱いについて】

提出された情報については、「都留市個人情報保護条例」に基づき適正に管理し、皆様の健康維持・増進のために利用いたします。