

特定健康診査受診促進助成金交付申請書

年 月 日

亘理町長 殿

申請者 氏名 _____

対象者との続柄 (_____)

電話番号 (_____)

亘理町国民健康保険特定健康診査受診促進助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

対 象 者	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒989—23 亘理町		
	被保険者 番 号	み亘 A		
受診機関名				
助成金額		円		
添付書類		受診結果票、領収書、通帳など本人名義の振込口座が確認できるもの		

助成金は、下記の口座へ振り込み願います。

口 座 振 込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所		種目	普通 当座 その他	
	金融機関コード		店舗コード(店番)		口座番号		
	フリガナ						
	口座名義人						

裏面のご記入もお願いします

国への報告に必要な項目のため、当てはまる項目に「○」をご記入下さい

①血圧の薬を飲んでいますか

() 飲んでいる () 飲んでいない

②糖尿病の薬を飲んでいたり、またはインスリン注射をしていますか

() 薬を飲んでいる (注射している)

() 薬を飲んでいない (注射していない)

③脂質異常症 (コレステロールを下げる等) の薬をのんでいますか

() 飲んでいる () 飲んでいない

④タバコは吸っていますか

() 吸っている () 吸っていない

*個人情報、事後指導、または、個人を特定できないかたちの統計情報として使用されることはありますが、それ以外で使用されることはありません。