

特定健康診査受診促進助成金交付申請書

年 月 日

亶理町長 殿

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

電話番号 ( \_\_\_\_\_ )

亶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 亶理町		
	被保険者 番 号	み亶 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 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 (コレステロールや中性脂肪を下げる等) の薬をのんでいますか

(     ) 飲んでいる     (     ) 飲んでいない

④タバコについて

・生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている方のうち、

(     ) 最近1か月間、吸っている

(     ) 以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない

・(     ) 上記以外の方

\*個人情報は、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。