様式第１号（第６条関係）

桶川市国民健康保険人間ドック・脳ドック検診費補助金交付申請書（事後申請用）

<table>
<tr><td rowspan="3">受診者</td><td>被保険者
記号・番号</td><td>桶　　－</td><td>氏 名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住 所</td><td colspan="4">桶川市</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td>（　　）</td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">検診の種別</td><td>人間ドック　　脳ドック</td><td>検診機関名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">検 診 日</td><td>年　　月　　日</td><td>検診料（領収書の金額）</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td rowspan="4">参考事項</td><td colspan="5">＊ 現在、次の薬を飲んでいますか。飲んでいるもの全てに〇を付けてください。
1 血圧を下げる薬　2 インシュリン注射又は血糖を下げる薬　3 コレステロールを下げる薬</td></tr>
<tr><td colspan="5">＊ 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。
1 はい　2 以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない　3 いいえ
※「習慣的に吸っている」とは、最近1か月間吸っている者で、生涯で6か月以上又は合計100本以上吸っているものをいいます。</td></tr>
<tr><td colspan="5">＊ 次の病気にかかったことがありますか。該当するもの全てに 〇を付けてください。
1 脳梗塞又は脳出血　2 心筋梗塞又は狭心症　3 腎不全（人工透析）　4 貧血</td></tr>
<tr><td colspan="5">＊ 検診時に腹囲を測っていない場合は、 腹囲をご記入ください。 腹囲（　　）cm</td></tr>
</table>

上記のとおり、関係書類を添えて、補助金の交付を申請します。

なお、桶川市が実施する特定健康診査・がん検診の対象となった場合、提出した検診結果を桶川市に提供することに同意します。

年　　月　　日

桶 川 市 長

申請者氏名

※領収書に「人間ドック」または「脳ドック」の記載がない場合は、補助対象外となります。

《 事務処理欄 》

□資格あり（満30歳以上）　□保険税滞納なし　□検診結果（写）　□領収書（写）