

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）

受診者	被保険者証 記号番号	桶 ー	氏名		性別	男・女
	住所	桶川市				
	電話番号	()	生年月日	年 月 日(歳)		
検診の種別	人間ドック 脳ドック		検診機関名			
検診日	年 月 日		検診料(領収書の金額)	円		
参考事項	* 現在、次の薬を飲んでいますか。飲んでいるもの全てに○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					
	* 現在、タバコを習慣的に吸っていますか。 1 吸っている 2 吸っていない					
	* 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○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					
	* 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					

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

《 事務処理欄 》			
<input type="checkbox"/> 資格あり	<input type="checkbox"/> 保険税滞納なし	<input type="checkbox"/> 検診結果(写)	<input type="checkbox"/> 領収書(写)
(満30歳以上)			