

様式第 1 号（第 4 条関係）

## 塩尻市国民健康保険人間ドック補助金交付申請書

年 月 日

(あて先)塩尻市長

申請者 氏  
住 所 塩尻市  
氏 名  
電話番号

塩尻市国民健康保険人間ドック補助金交付要綱第 4 条の規定に基づき補助金の交付を申請します。

申請額 金 円

|      |      |       |       |
|------|------|-------|-------|
| 受診区分 | ・日帰り | ・1泊2日 | ・脳ドック |
|------|------|-------|-------|

|                             |                                |                                                           |                   |   |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------|---|
| 受診者氏名                       |                                | 生年<br>月 日                                                 | 年 月 日             | 歳 |
| 住 所                         | <input type="checkbox"/> 上記と同じ |                                                           |                   |   |
| 被 保 険 者<br>記号・番号            |                                |                                                           |                   |   |
| 受診年月日                       | 令和 年 月 日                       | <input type="checkbox"/> 年度内に「塩尻市特定健診」を<br>受診していない（予定はない） |                   |   |
| 口座振込を<br>希 望 す る<br>金 融 機 関 | 金融機関名                          |                                                           | 支 店<br>又 は<br>支 所 |   |
|                             | 口 座 種 類                        | 普通 ・ 当座                                                   | 口 座 番 号           |   |
|                             | 口座名義人                          | フリガナ<br>氏 名                                               |                   |   |

## 《人間ドック補足確認事項》

①喫煙はしていますか？ ☐はい ☐いいえ

②次の服薬はしていますか？

☐高血圧 ☐高血糖 ☐高脂血症（コレステロール・中性脂肪） ☐いいえ☐ 次の事項について同意します。（全ての項目を確認し、☐にレ印を記入してください。）

- 補助金の申請に際して市が受領した検査結果について、保健指導のために必要な範囲で市内部において利用すること。  
国への実施結果報告として部分的に提出するほか、市の実施計画等策定のため匿名化し部分的に活用すること。  
（実施にあたり、個人情報の保護に関する法律をはじめ、個人情報保護関係法令を遵守します。）
- 人間ドックを受診する年度において市が実施する健康診査を受けたことが判明した場合は、この補助金の交付決定を取り消し、又は補助金の返還を求めること。