

様式第 3 号(第 9 条関係)

北本市国民健康保険人間ドック検診等補助金交付申請書兼受給者証交付申請書

年 月 日

(宛先) 北本市長

住所  
氏名 (印)  
電話 ( )

人間ドック検診等補助金及び受給者証の交付を受けたいので、北本市国民健康保険人間ドック検診等補助金交付要綱第9条の規定により申請します。なお、必要に応じ、検診結果を北本市が実施する保健指導等に利用すること、及び検診結果の一部を国の統計資料として使用することに同意します。

記

申請者	ふりがな 氏名		男・女
	住所		
	生年月日	年 月 日	( 歳)
世帯主の氏名			
被保険者証番号			
検診の種類別		人間ドック	脳ドック
受診予定日		年 月 日	
受診病医院名			

※ 検診予約票(検診費用総額の記載されたもの)を添付してください。

問診項目

内服状況			既往歴			自覚症状		
高血圧症	有・無		脳血管疾患			めまい		
脂質異常症	有・無		心疾患			息切れ		
糖尿病	有・無		腎不全・透析			どうき		
喫煙習慣	有・無		貧血			むくみ		
交付要件の有無			高血圧症			手足のしびれ		
			糖尿病			胃もたれ		
			脂質異常症			その他( )		
			その他( )					
			1	2	3			
有・無	有・無	有・無						

- 1 満30歳以上の者
- 2 国民健康保険税を滞納していない世帯の者
- 3 年度内に補助金の交付を受けていない者