

<記入見本>

越谷市国民健康保険人間ドック検診料助成金交付申請書

越谷市

市役所に提出する日（郵送の場合投函する日）を
記入してください

令和〇〇年〇〇月〇〇日

受診した方ではなく、保険証の「世帯主」
欄に記載されている世帯主の氏名を
記入してください

(世帯主)

住所 越谷市越ヶ谷〇丁目〇ー
〇 〇〇〇号

氏名 国保 太郎

日中連絡がつきやすいご連絡先をご記入ください。
固定・携帯どちらでもかまいません

電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

越谷市国民健康保険人間ドック検診料助成要綱第5条の規定により下記のとおり申請します

保険証右上に記載されている7桁の番号を記入してください

受診者	フリガナ 氏 名	コクホ ハナコ 国保 花子	記号番号	〇〇〇〇〇〇〇
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)		
受診（予定）日	令和2 年 3 月 13 日	受診（予定） 検診機関	〇〇病院健診センター	
交付申請額	10,000 円			

受診日時点の年齢を
記入してください

※ この申請書には、次の書類を添付してください。

(1) 検診機関が発行した人間ドック検診料の領収書

検査料金が1万円以上の場合は
「10,000」を記入してください
1万円未満の場合は、実際に支払った検
査料金（税別）を記入してください

受診日が、申請する日の属する
年度内であることを確認してください

結果の写し
助成に関する問診・確認票

越谷市国民健康保険人間ドック検診料助成要綱第8条第1項に該当した場合は、助
成金の交付決定を取り消し、助成金の返還を求めることとなります。

〔該当内容〕

- ・虚偽の申請その他不正の手段により助成金を受けた場合
- ・人間ドックを受診する日の属する年度（以下「受診年度」）において、高齢者
の医療の確保に関する法律第20条に規定する特定健康診査を受診した場合
- ・受診年度において、埼玉県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条
例第3条に規定する健康診査を受診した場合
- ・受診年度において、越谷市後期高齢者医療制度における人間ドック検診料助成
を受けた場合

※市使用欄			
納付状況	☐	年度	期納付済
年齢要件	☐	年度年齢	40歳以上
健診受診	☐	当年度健診未受診	
後期助成	☐	後期助成交付なし	

<記入見本>

別紙

越谷市国民健康保険人間ドック検診料助成に関する問診・確認票

市役所に提出する日（郵送の場合投函する日）を記入してください 令和〇〇年〇〇 月〇〇 日

保険証右上に記載されている 7 桁の番号を記入してください

受診者	フリガナ 氏 名	コクホ ハナコ 国保 花子	記号番号	〇〇〇〇〇〇〇
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日（〇〇歳）		

受診者の現在の状況にあてはまるほうに○をつけてください

現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	はい・いいえ		
現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	はい・いいえ		
現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	はい・いいえ		
今回の健診結果から、該当する項目の数値を転記してください	はい・いいえ		
さらに最近 1 ヶ月間も吸っている。	はい・いいえ		
身 長	〇〇〇.〇cm	腹 囲	〇〇.〇cm
体 重	〇〇.〇 kg	B M I	〇〇.〇

人間ドック健診結果から記入してください ※BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

確認票	下記の項目を確認しレ点を付けてください。	
	☒	人間ドック検診料の助成を受けた年度は、特定健康診査（集団健診・個別健診）を受診することはできません。 （受診した場合、助成金（限度額 10,000 円）を返還していただきます。）
	☒	人間ドックの受診日より前に遡って、越谷市国民健康保険の資格を喪失した場合は、助成金（限度額 10,000 円）を返還していただきます。
	☒	人間ドックの検診結果により特定保健指導や生活習慣病重症化予防対策事業の対象になった場合、越谷市や埼玉県国保連合会と契約する委託業者より事業への参加をご案内することがあります。

※人間ドック
目的として
ご留意いただきたい内容をご確認のうえ、レ点をつけてください

第4号様式（第7条関係）

越谷市国民健康保険人間ドック検診料助成金 請求書

令和 年 月 日

〒343-0000

(世帯主) 住 所 越谷市越ヶ谷〇丁目〇-〇〇〇〇号

氏 名 国 保 太 郎

電話番号 090-0000-0000

受診した方ではなく、保険証の「世帯主」欄に記載されている世帯主の氏名を記入してください

日中連絡が付きやすいご連絡先をご記入ください。固定・携帯どちらでもかまいません

令和 年 月 日付け越国年第 号で交付が決定された越谷市国民健康保険人間ドック検診料助成金について、越谷市国民健康保険人間ドック検診料助成要綱第7条の規定により下記のとおり請求します。

受診者	フリガナ氏 名	コクホ ハナコ 国保 花子	記号番号	00000000
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日（〇〇歳）		

請求金額	金 10,000円	申請書に記入した金額と同じ額を記入してください
------	-----------	-------------------------

振込先 (世帯主)	〇〇(金融機関名称)		銀行 信用金庫 農 協	〇〇(支店名)		本店 支店		
	口座番号(右詰め)					フリガナ	コクホ ハナコ	
	普通 当座 貯蓄	〇	〇	〇	〇	〇	〇	口座名義人

※世帯主以外の名義の口座を振込先とする場合は、この下の委任状欄への記入、押印が必要になります。

空欄にしてください

委 任 状

令和 年 月 日

委任者 (世帯主)

住所 越谷市越ヶ谷〇丁目〇-〇 〇〇〇号

氏名 国 保 太 郎 印

私は、越谷市国民健康保険人間ドック検診料助成金の受領を、下記の者に委任します。

受任者 (口座名義人)

住所 越谷市越ヶ谷〇丁目〇-〇 〇〇〇号

氏名 国保 花子

世帯主の情報

口座名義人の情報

押印してください。認め印可