

第 1 号様式（第 5 条関係）

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

越谷市長 宛

令和 年 月 日

〒

(世帯主) 住 所 越谷市

氏 名
電話番号 — —

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。

受診者	フリガナ 氏 名		記号・番号	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
受診（予定）日	年 月 日	受診（予定） 検診機関		
交付申請額	金 円			

- ※ 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
 - (2) 検診機関が発行した人間ドック検診結果の写し
 - (3) 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

【注意事項】

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 35 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

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

年 月 日

受診者	フリガナ 氏 名		記号番号	
	生年月日	昭和 年 月 日 (歳)		

問診票	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
	現在、タバコを習慣的に吸っていますか。 (※「習慣的に」とは、「合計 100 本以上又は 6 ヶ月以上吸っている」、さらに最近 1 ヶ月間も吸っている。)			はい・いいえ
	身 長	cm	腹 囲	cm
	体 重	kg	B M I	.

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。

※人間ドックの結果は、特定健康診査・特定保健指導及び疾病予防事業に役立てることを目的としているため、その他の目的のために使用することはありません。

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

越谷市長 宛

年 月 日

〒

（世帯主） 住 所 越谷市

氏 名

電話番号

— —

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、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第 18 条第 2 項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		記号番号	
	生年月日	昭和 年 月 日（ 歳）		

請求金額	金 円
------	-----

振込先 （世帯主）			銀 行 信用金庫 農 協			本店 支店
	口座番号				フリガナ	
	普通 当座 貯蓄				口座名義人	

※請求者以外の口座を振込先とする場合は、委任状への記入、押印が必要になります。

委 任 状	
令和 年 月 日	
委任者（世帯主）	
住所	
氏名	
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	
氏名	