第３号様式の２（第７条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 上尾市国民健康保険人間ドック検診料補助申請書（指定医療機関以外用） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ | |  | | | | | | | 記号番号 | | |  | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日（　　歳） | | | |
| 住所 | | 上尾市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| 受診医療機関の名称 | | | |  | | | | | | 受診日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 人間ドックに要した費用 | | | | 円（領収証の写し及び検診結果の写しを添付） | | | | | | | | | | | | |
| 参考事項 | | 既往歴 | | □なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 自覚症状 | | □なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 服薬 | | □なし　　　　　　　□インスリン注射又は血糖を下げる薬  □血圧を下げる薬　　□コレステロールを下げる薬 | | | | | | | | | | | | |
| 喫煙 | | □吸わない　□吸う | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | |  | | | | | | | 支店名 | | |  | | |
| 預金種目 | | | 普通 ・ 当座 | | | | 口座番号 | | |  | | | | | |
| フ リ ガ ナ | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり上尾市国民健康保険人間ドック検診料の補助を申請します。  なお、上尾市が実施する特定健康診査の対象となった場合、提出した検診結果を上尾市に提供することに同意します。また、当該検診結果は、上尾市において必要に応じて保健指導及び重症化予防対策事業等の保健事業に活用し、当該検診結果に係るデータは、匿名化された上、国に健診実施結果報告として提供されることに同意します。  　　　　年　　月　　日  （宛先）  　　　上尾市長  　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | 収納 | 35歳以上 | | 特定健診受診券 | | | 健診結果 | | | 領収証 | 受付 |
|  |  | |  | |  |  |  | |  | | |  | | |  |  |