

交野市国民健康保険（人間ドック・脳ドック）補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

交野市長 へ

申請者 住所 _____

(世帯主) 氏名 _____

電話番号(自宅) _____

(携帯) _____

交野市国民健康保険（ 人間ドック・ がん検診・ 脳ドック）補助金交付要綱に基づき、補助金の交付を申請及び請求します。

| | | | | | | |
|----------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------|---|----------------|
| 被保険者証 記号番号 | 交国 | | 受診者氏名 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | (世帯主との続柄) | () | | |
| 振込先 (※必ず 国民健康保険 世帯主名義) | 金融機関 | 銀行・農協・信用金庫 | | | | |
| | 店名 | 本店・支店 | | | | |
| | 店番 | | | | | |
| | 口座種別 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| | 口座番号 | | | | | |
| | フリガナ | | | | | |
| | 口座名義 | | | | | |
| 人間ドック (がん検診) | 受診日 | 年 月 日 | | 受診機関名 | | |
| 脳ドック | | 年 月 日 | | | | |
| 検査費用 (税込) | 人間ドック 基本額 | 円 | 請求額 | 人間ドック (基本額内で上限 13,000 円) | 円 | 合計請求額 円 |
| | 人間ドック オプション | 円 | | がん検診 (基本+オプション金額 内で1検査 500 円) | 円 | |
| | 脳ドック | 円 | | 脳ドック (上限 15,000 円) | 円 | |

*領収書、検査結果コピー及び特定健診受診券（人間ドック申請のみ）を添付してください。

これより下は記入しないでください

| | | |
|-------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請時確認 | | <input type="checkbox"/> 受診時国保資格有 <input type="checkbox"/> 同一年度内受診・助成なし <input type="checkbox"/> 収納状況 |
| | | <input type="checkbox"/> 受領書の発行 <input type="checkbox"/> 領収書原本への受付印（人間ドック・がん検診・脳ドック） |
| 添付書類 | 人間ドック | <input type="checkbox"/> 特定健診受診券（裏面記入） <input type="checkbox"/> 領収書コピー <input type="checkbox"/> 健診結果コピー |
| | がん検診 | <input type="checkbox"/> 領収書コピー <input type="checkbox"/> 検査結果コピー |
| | 脳ドック | <input type="checkbox"/> 領収書コピー <input type="checkbox"/> 検査結果コピー |

今回申請される検診項目（受診した検診）にチェックを入れて下さい。

| 検診内容 | | 申請者様 記入 | | 費用 (補助額) | 担当者 記入 |
|-------|--------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------|
| | | 申請項目 | 左記の申請項目の うち、 <u>がん検診(交 野市が実施してい る)</u> は受けていま せん | | |
| 必須 | 特定健診 | <input type="checkbox"/> | | 13,000 円 | <input type="checkbox"/> 履歴なし |
| オプション | 胃がん | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 500 円 | <input type="checkbox"/> 履歴なし |
| | 胃リスク (ピロリ抗体) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 500 円 | <input type="checkbox"/> 履歴なし |
| | 肺がん | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 500 円 | <input type="checkbox"/> 履歴なし |
| | 大腸がん | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 500 円 | <input type="checkbox"/> 履歴なし |
| | 前立腺がん | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 500 円 | <input type="checkbox"/> 履歴なし |
| | 乳がん | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 500 円 | <input type="checkbox"/> 履歴なし |
| | 子宮頸がん | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 500 円 | <input type="checkbox"/> 履歴なし |
| | 肝炎ウイルス | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 500 円 | <input type="checkbox"/> 履歴なし |
| 合計 | | | | 円 | |

※がん検診とは、交野市（ゆうゆうセンター）で実施しているがん検診、または交野市が指定している医療機関でのがん検診となります。