

様式第1号（第4条関係）

国民健康保険生活習慣病健診再検査等一部負担金助成申請書

| | | | | |
|---|-------------|----|----------------|--------------|
| 被 保 険 者 記 号 ・ 番 号 | | | | |
| 再検査・医療を 受けた被保険者 | 氏 名 | | | |
| 再検査・医療を 受けた医療機関 | 名 称 | | | |
| | 所在地 | | | |
| 助 成 金 申 請 | 自 己 負 担 額 | | 助 成 金 申 請 額 | |
| | | | | |
| 振 込 希 望 金 融 機 関 名 | 銀行・金庫 本店 | 本店 | 預 金 種 別 | 普通 ・ その他 () |
| | 組合・農協 支店 | 支店 | | |
| 口 座 番 号 | | | 口座名義人 (カ ナ) | |
| <p>私は、赤穂市の生活習慣病健診で「要精密検査」又は「要医療」と判定され、その疾病等に係る再検査、医療等を受けたので、その一部負担金の助成を上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>赤 穂 市 長 宛</p> <p>申 請 者 住 所 (世帯主) 氏 名 電話番号 ()</p> | | | | |

- (注) 1 再検査又は当該医療に係る一部負担金の領収書を添付してください。
 2 赤穂市の生活習慣病健診受診時と、再検査(又は医療受診)時に赤穂市国保の資格がある方が対象です。
 3 申請時には、本人確認書類の提示が必要です。

(本欄には記入しないでください)

| | |
|-------|--|
| 申請時確認 | ※ <input type="checkbox"/> 本人確認 |
| 健診受診日 | 年 月 日 |
| 検査結果 | ・要精密検査 (胸部 ・ 胃部 ・ 大腸 ・ 前立腺 ・ 肝炎) ・要医療 (脂質 ・ 血圧 ・ 糖尿病 ・ 尿酸 ・ 心電図 ・ 眼底 ・ 貧血 ・ 肝臓) |