

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	1234567		
再検査・医療を 受けた被保険者	氏名	赤穂 花子	
再検査・医療を 受けた医療機関	名称	赤穂市民病院	
	所在地	赤穂市中広1090	
助成金 申請	自己負担額	助成金申請額	
	※記入不要		※記入不要
振込希望 金融機関名	〇〇 <small>銀行・金庫 組合・農協</small> △△ <small>本店 支店</small>	預金 種別	普通・その他（ ）
口座番号	9999999	口座名義人 (カナ)	アコウ タロウ
<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>令和〇 年 〇 月 〇 日</p> <p>赤穂市長 宛</p> <p>申請者住所 赤穂市加里屋81 (世帯主) 氏名 赤穂 太郎 電話番号 0791 (43) 6813</p> <p>世帯主（申請者）と異なる名義の口座への振り込みを希望する場合は、委任状が必要となります。</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）