

様式第1号(第4条関係)

八代市国民健康保険人間ドック情報提供報奨金申請書

令和 年 月 日

八代市長 あて

〒
申請者 住 所 八代市

氏 名 (印)

電話 ()

八代市国民健康保険人間ドック情報提供報奨金交付要綱の規定による報奨金の交付を受けたいので申請します。

被保険者証記号番号	八代		
検査を受けた被保険者の氏名等	被保険者名		
	生年月日	年	月 日
	性 別	男 ・ 女	年齢 歳
検査を受けた医療機関等の名称			
検診実施期間	令和 年 月 日から	日 間	
	令和 年 月 日まで		
特定健診受診について	本報奨金申請後は、今年度の特定健診 ^(※注) を受診出来なくなることについて確認しました。	チェック	
保健指導について	健診の結果によって、市より保健指導等の案内があることについて了承します。	チェック	
備 考			

■今年度、既に特定健診^(※注)を受診された方は、本事業における申請対象外となります。

※注・・・複合健診、巡回健診、医療機関健診における特定健診及び国保ねんきん課が実施する人間ドック、脳ドック

<国保ねんきん課使用欄>

課長	課長補佐		係長	副査	係	受付

<確認欄>※受診日時点

資格	年齢

様式第4号(第6条関係)

請 求 書

金 _____ 円

年度八代市国民健康保険人間ドック情報提供報奨金として上記の金額を
請求します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(申請者) 住 所 八代市

氏 名 (印)

八代市長 様

1	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合にはチェック(✓)してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、世帯主のマイナンバーが必要になります。 個人番号(マイナンバー)を記入してください。 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						
2 指 定 口 座 振 込	金融機関名		支店名																				
	信金 労金 農協 信組 銀行		支店 支所																				
	口座種別 普通 当座	口座番号																					
フリガナ 口座名義人																							

※申請者名義の口座を記入してください。(申請者以外の場合は、下記委任状に記入ください。)

委 任 状	
情報提供報奨金の受取りを上記口座の通り _____ に委任します。	
(代筆者 _____)	申請者 _____ (印)

「質問票」

令和 年 月 日

フリガナ 氏名		国民健康保険 記号番号	
------------	--	----------------	--

(太枠内をご記入ください)

質問票	①現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	はい ・ いいえ
	②現在、インスリン注射、又は、血糖を下げる薬を使用していますか。	はい ・ いいえ
	③現在、コレステロールを下げる薬を使用していますか。	はい ・ いいえ
	④現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (「習慣的に喫煙している者」とは、「今までに合計 100 本以上、又は 6 ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1 ヶ月間も吸っている者)	はい ・ いいえ

