

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 ⑨

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。

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
被保険者証記号番号	
八代	

「質問票」

令和 年 月 日

フリガナ 氏 名	
-------------	--

(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。	① はい ② 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。	① はい ② 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。	① はい ② いいえ
	④現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	① はい(条件1と条件2を両方満たす) ② 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③ いいえ(①②以外)

確 認 欄	被保険者証記号番号	八 代
-------	-----------	-----

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

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)