

第5号様式（第7条関係）

上尾市高齢者人間ドック検診料補助申請書（指定医療機関以外用）

受診者	フリガナ		被保険者番号		
	氏名		生年月日	年 月 日（歳）	
	住所	上尾市 TEL - -			
受診医療機関名		受診日	人間ドックに要した費用		
		年 月 日	円		
参考事項	既往歴	服薬	喫煙		
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （ ）	<input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> 脂質	<input type="checkbox"/> 吸う ※最近1か月間吸っている者で、生涯で6か月以上、 または合計100本以上吸っている者 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない		
振込先	金融機関名	支店名/記号	種別	口座番号	名義人（カタカナ）
	銀行 信用金庫		普通 当座		
上記のとおり上尾市高齢者人間ドック検診料の補助を申請します。 なお、当該検診結果は、上尾市において必要に応じて保健指導及び重症化予防対策事業等の保健事業に活用し、当該検診結果に係るデータは、匿名化された上、国に健診実施結果報告として提供されることに同意します。 年 月 日 （宛先） 上尾市長 畠山 稔 申請者 住所 氏名					

《申請をする前にご確認ください》

- 提出書類に不備不足があった場合は補助を受けることはできません。
（検診項目の不足、領収書添付漏れなど）
- 人間ドック受診日において後期高齢者医療制度の資格を喪失していた場合（今後の手続きにより遡って資格がなくなる場合を含む。）又は、年度内に後期高齢者健康診査・特定健康診査の受診や市の人間ドックの補助を二重に受けた場合は、補助決定は取り消され、検診料は全額自己負担になります。既に交付された補助金相当額の検診料について請求があった時は、速やかにお支払いください。

上記について確認し、申請します。

氏名