

記入日(西暦) 年 月 日

(宛先)渋谷区長

渋谷区国民健康保険人間ドック受診費用助成金交付申請書兼請求書

人間ドック受診助成事業に係る助成金の交付について、次のとおり必要書類を添えて申請及び請求します。
請求金額は、下記の口座に振り込んでください。

フリガナ				記号 番号 枝番	
氏名	記号	13 -			
	番号				
郵便番号	〒 (※ハイフンなし)				
住所	渋谷区				
電話番号	()				
生年月日(西暦)	1900 / 01 / 01		受診時年齢		
受診医療機関名			受診年月日(西暦)	2000 / 01 / 01	
請求金額	円		※上限 8,000 円		

振込先金融機関

金融機関名			支店名		
金融機関コード	※4桁をお願いします		支店コード	※3桁をお願いします	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号	※7桁をお願いします	
口座名義(カナ)					

下記の助成要件をご確認いただき、**チェック☑**を入れてください。

<input type="checkbox"/> 人間ドック受診日時点で、渋谷区国民健康保険に加入しています。
<input type="checkbox"/> 人間ドック受診日の属する年度で、年度末年齢40歳以上かつ人間ドック受診日時点で74歳以下です。
<input type="checkbox"/> 保険料の滞納はありません。
<input type="checkbox"/> 人間ドックを受診した年度の特定健康診査は受診していません(受診しません)。
<input type="checkbox"/> 交付決定後の受診結果は特定健康診査結果として登録されます。また受診結果に基づき生活習慣の改善が必要な方には、特定保健指導のご案内を、渋谷区が委託した民間事業者が送付することを了承します。

【その他の必要書類】

- ・質問票兼健診項目チェックシート
- ・受診費用の領収書の写し
- ・受診結果の写し (※氏名、受診日、特定健康診査の基本項目、医師名、判定結果がわかるもの)

区 使 用 欄	申請日	受診日資格	滞納	確認	特定健診	人間ドック	交付
	<input type="checkbox"/> 窓 <input type="checkbox"/> 郵 <input type="checkbox"/> 電 / /	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 宛名番号	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / /	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / /	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付

受診券番号:

医療機関コード:

記入例

記入日(西暦) 20●●年 ● 月 ● 日

渋谷区国民健康保険人間ドック受診費用助成金交付申請書兼請求書

人間ドック受診助成事業に係る助成金の交付について、次のとおり必要書類を添えて申請及び請求します。

請求金額は、下記の口座に振り込んでください。

フリガナ	トウキョウ ハナコ	記号 番号 枝番		
氏名	東京 花子	記号	13 -80	
		番号	0123	枝番 01
郵便番号	〒 1508010 (※ハイフンなし)			
住所	渋谷区 宇田川町1-1 渋谷区役所 6階	連絡のつきやすい番号をご記入ください		
電話番号	03 (3463) 1768			
生年月日(西暦)	19●● / 01 / 01	受診時年齢	45	
受診医療機関名	渋谷病院	受診年月日(西暦)	20●● / 01 / 01	
請求金額	8,000 円	※上限 8,000 円		

振込先金融機関

金融機関名	渋谷銀行	支店名	渋谷支店
金融機関コード	※4桁でお願いします 0123	支店コード	※3桁でお願いします 001
預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	※7桁でお願いします 0123456
口座名義(カナ)	トウキョウ ハナコ		

申請日から1年以内の受診が対象です

下記の助成要件をご確認いただき、**チェック☑**を入れてください。

<input type="checkbox"/> 人間ドック受診日時点で、渋谷区国民健康保険に加入しています。
<input type="checkbox"/> 人間ドック受診日の属する年度で、年度末年齢40歳以上かつ人間ドック受診日時点で74歳以下です。
<input type="checkbox"/> 保険料の滞納はありません。
<input type="checkbox"/> 人間ドックを受診した年度の特定健康診査は受診していません(受診しません)。
<input type="checkbox"/> 交付決定後の受診結果は特定健康診査結果として登録されます。また受診結果に基づき生活習慣の改善が必要な方には、特定保健指導のご案内を、渋谷区が委託した民間事業者が送付することを了承します。

【その他の必要書類】

- ・質問票兼健診項目チェックシート
- ・受診費用の領収書の写し
- ・受診結果の写し (※氏名、受診日、特定健康診査の基本項目、医師名、判定結果がわかるもの)

区 使 用 欄	申請日	受診日資格	滞納	確認	特定健診	人間ドック	交付
	<input type="checkbox"/> 窓 <input type="checkbox"/> 郵 <input type="checkbox"/> 電 / /	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 宛名番号	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / /	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / /	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付

受診券番号:

医療機関コード: