

## 様式第1号（第6条関係）

## 伊勢市国民健康保険特定健診受診率向上対策助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 伊勢市長

住所  
 申請者 氏名  
 電話番号  
 被保険者番号

伊勢市国民健康保険特定健診受診率向上対策助成金の交付を受けたいので、伊勢市国民健康保険特定健診受診率向上対策助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

また、対象健診の結果を伊勢市及び三重県国民健康保険団体連合会に提供し、保健事業に活用することに同意します。

申請額兼請求額	円
対象健診に要した 費 用 額	円
添付書類	1 特定健康診査受診券 (申請日の属する年度分の発行を受けている場合に限る。) 2 対象健診の結果の写し ※ 3 対象健診の受診に要した費用を支払ったことを証する書類の写し 4 その他 ( )

※ 提出する対象健診の結果に次の事項が含まれていない場合は、お答えください。

受診医療機関等名 及び医師の氏名	医療機関等名 ( ) 医師の氏名 ( ) 受診年月日 ( )
服薬の状況	血圧を下げる薬 ( はい ・ いいえ ) 血糖を下げる薬又はインスリン注射 ( はい ・ いいえ ) コレステロールや中性脂肪を下げる薬 ( はい ・ いいえ )
喫煙習慣	習慣的に喫煙している。 ( はい ・ いいえ ・ 1ヶ月間は吸っていない )
既往歴	あり ( ) ・ なし
自覚症状	あり ( ) ・ なし
他覚症状	あり ( ) ・ なし

[振込先]

金融機関名	預金種別	口座番号	口座名義人
銀行 信用金庫 農協 信漁連	本店 支店 出張所	普通 当座 貯蓄	フリガナ

※申請者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に助成金の受領を委任してください。

上記口座名義人を代理人として、助成金の受領を委任します。

申請者（委任者） 住所

氏名 印

口座名義人（受任者） 住所

氏名 印