

様式第1号(第5条関係)

阿蘇市国民健康保険人間ドック費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

阿蘇市長 様

申請者 住所

氏名

阿蘇市国民健康保険人間ドック費用助成金交付要綱第5条の規定により次のとおり申請します。

なお、当該助成金の支給の可否を決定するために市長が私及び世帯員の医療保険給付関係情報¹を調査することに同意します。

申請者	被保険者記号番号	阿蘇
	生年月日	●● ・ ●● 年 月 日 (歳)
	電話番号	
受診日		令和 年 月 日 ～ 月 日
受診医療機関名		
受診費用		円
助成申請額 ²		円
添付書類		(1) 医療機関の領収書 (写し可) (2) 検査結果報告書 (写し可) (3) 質問票

注 1 「医療保険給付関係情報」とは、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）による医療に関する給付の支給又は保険料の徴収に関する情報をいいます。

 2 「助成申請額」は、受診費用の2分の1以内（1,000円未満の端数は切り捨て）と1日ドックは5,000円、2日ドックは10,000円のどちらか少ない額。

 3 同一年度において、阿蘇市国民健康保険が実施する特定健診その他の健康診査を受診した場合、助成金は交付されません。