

様式第1号（第4条関係）

大和高田市国民健康保険人間ドック受診費用補助金交付申請書

年 月 日

大和高田市長 殿

申請者 住 所

氏 名

保険証記号・番号	
受診者氏名	
生 年 月 日	
住 所	
電 話 番 号	
世 帯 主 名	

交付要件（申請日時点において）	
① 受診者が満35歳以上の被保険者であること。（満 歳）	該・非
② 引き続き1年以上の本市の国民健康保険の被保険者であること。	該・非
③ 納期の到来している国民健康保険税を完納している世帯に属していること。	該・非
④ 同一年度内にこの補助金の交付を受けていないこと。（前回受診 ）	該・非

※国民健康保険では、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、特定健診を実施しており、特定健康診査の対象となる被保険者の検査結果は、特定保健指導及び保健事業実施計画を策定等するための基礎資料として使用する目的で、市が指定医療機関から受領します。

また、受診時の自己負担を軽減するため、申請者の当該補助金受領に係る権限を人間ドックを受診した指定医療機関に委任する方式とします。