

第1号様式（第6条関係）

逗子市国民健康保険人間ドック費用助成申請書

年 月 日

逗子市長

住所  
申請者 氏名  
電話番号

逗子市国民健康保険人間ドック費用助成事業実施要綱第6条に基づき、人間ドック費用助成について申請します。

1 申請額

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| (1) 受診費用                          | 円 |
| (2) 他の補助制度等の利用額                   | 円 |
| (3) 自己負担額（(1)－(2)）                | 円 |
| (4) 申請額<br>※ 自己負担額を上限とし、10,000円まで | 円 |

2 受診内容

|               |       |
|---------------|-------|
| (1) 受診年月日     | 年 月 日 |
| (2) 受診した医療機関名 |       |

3 同意事項

申請に当たって、次の事項に同意します。

- ☐ 市が申請者の属する世帯の国民健康保険料納付状況を確認すること。
- ☐ 人間ドックの検査項目のうち、国民健康保険特定健診の基本項目に該当する検査結果を市に提供し、市が健康増進及び生活習慣病予防等を目的に特定保健指導の案内等に利用すること。
- ☐ 人間ドックの受診日と同一年度内に、市が実施する特定健康診査を受診した場合は、この申請に基づき支給を受けた助成金を市に返還すること。