

様式第1号（第4条関係）

小田原市国民健康保険人間ドック助成金交付申請書兼請求書

(提出先) 小田原市長		平成 年 月 日	
		申請及び請求者(世帯主)	
		住所：神奈川県小田原市	
		氏名： (印)	
		電話：	
私の健診結果を市の特定保健指導その他の保健事業に活用することに同意しますので、次のとおり申請及び請求します。			
記号・番号	07 -		受診者氏名
受診日	平成 年 月 日	受診者支払額	円 続柄
番号	質問項目(必ず回答してください)		選択肢(該当する番号に丸をしてください)
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか？		① はい ② いいえ
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか？		① はい ② いいえ
3	現在、コレステロールを下げる薬を服用していますか？		① はい ② いいえ
4	現在、タバコを習慣的に吸っていますか？		① はい ② いいえ
5	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか？		① はい ② いいえ
(世帯主以外に受領委任する場合のみ記載) 下記の口座名義人に助成の受領を委任し、振り込みを依頼します。 申請及び請求者(世帯主) 氏名 (印)			
振込先金融機関名		銀行・信用金庫 農協・信用組合	(本・支)店 支所
口座種別	口座番号		フリガナ
1 普通 2 当座 3 その他 ()			口座名義人 (原則世帯主の口座)