

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		年 月 日	
		申請及び請求者	
		住所：神奈川県小田原市	
		世帯主氏名：	
		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。			
受診者 生年月日	年 月 日	受診者 氏 名	
受診日	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、たばこを習慣的に吸っていますか？ （※「現在、たばこを習慣的に吸っている者」とは、 条件1と条件2を両方満たす者である。） 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月以上吸っている、または100本 以上吸っている		① はい ② 以前は吸っていたが、最近 1か月間は吸っていない （条件2のみ満たす） ③ いいえ（①②以外）
5	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか？		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 <span style="float: right;">印</span>			
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)