

阿久比町国民健康保険  
人間ドック・脳ドック助成申請・請求書

（あて先）阿久比町長

|              |      |      |  |  |           |       |
|--------------|------|------|--|--|-----------|-------|
| 申請者<br>(受診者) | 住所   | 阿久比町 |  |  | 性別        | 男・女   |
|              | 氏名   |      |  |  | 生年月日      | 年 月 日 |
|              | 電話番号 |      |  |  | 被保険者証記号番号 |       |

阿久比町国民健康保険人間ドック及び脳ドック助成事業実施要綱に基づき、下記の事項に同意の上、関係書類を添えて申請・請求します。

| 請求金額   | 人間ドック<br>円     | 脳ドック<br>円 | 合計<br>円  |
|--|----------------|-----------|----------|
| 人間ドックに対する助成<br>・費用の総額（消費税を含む。）の2分の1（10円未満の端数がある場合は、これを切り捨てる。）<br>・限度額 男性 18,150円 女性 20,350円（乳がん・子宮頸部がん検査を含む。）<br>・検査項目のうち、胃がん・乳がん・子宮頸部がん検査を受診しなかった場合は、それぞれ 2,750円・550円・550円（乳がん・子宮頸部がん検査のどちらも受診しなかった場合は2,200円）を限度額から控除する。<br>脳ドックに対する助成<br>・費用の総額（消費税を含む。）の2分の1（10円未満の端数がある場合は、これを切り捨てる。）<br>・限度額 16,500円<br>・脳ドックに係る助成を受ける場合、当該助成を受ける年度の前年度中に脳ドックの助成を受けた場合は、当該助成を申請できないものとする。 |                |           |          |
| 金融機関名  | 銀行・信金<br>信組・農協 |           | 支店<br>支所 |
| 預金種別   | 1 普通 2 当座      | フリガナ      |          |
| 口座番号<br>(右詰)   |                | 口座名義人     |          |
| 同 意 書  |                |           |          |
| 1. 助成申請・請求の審査のために必要な範囲で、住民基本台帳、国民健康保険税の納付に関する資料を国民健康保険の担当職員が閲覧することに同意します。<br>2. 人間ドック受診結果を町が特定健康診査結果として利用することに同意します。   |                |           |          |

（添付資料）

- 検査医療機関名及び対象者名が明記された人間ドック等の費用に係る領収書の写し
- 人間ドック等の検査結果の写し
- 標準的な質問票（様式第5号）※人間ドック受診者のみ
- 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認めるもの

|      | 申請者 | 資格  | 納付状況 | 台帳番号 | 助成  | 通知書番号 | 受付印 |
|------|-----|-----|------|------|-----|-------|-----|
| 町処理欄 |     | 有・無 | 適・否  |      | 可・否 |       |     |