

様式第3号（第5条関係）

人間ドック・脳ドック健診助成金交付請求書

年 月 日

東近江市長 様

〒

申請者 住所
氏名
電話

次のとおり東近江市人間ドック・脳ドック健診助成金の交付を請求します。

被保険者記号番号	滋 東 (枝番)
健診を受ける被保険者 氏 名・生年月日	年 月 日 (満 歳)
健診機関の名称	
ドックの種類	人間ドック ・ 脳ドック
健診期間	年 月 日から (日間) 年 月 日まで

振 込 口 座	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店 出張所
	種別・口座番号	普通・当座	
	(フリガナ)		
	口座名義人		

(備考)

- 1 助成額は、健診費用の2分の1とし、上限は20,000円です。ただし、特定健康診査の項目を含まない脳ドックは、上限は15,000円です。100円未満の金額は、切捨てとします。
- 2 申請の際、必ず健診費用の領収書及び健診結果票（写し可）を添付してください。

※市処理欄

助成決定金額	円	受付者	チェック欄
1			健診時に市内に3箇月以上在住している。
2			東近江市国民健康保険の加入者で、健診受診日において19歳以上75歳未満である。
3			国民健康保険料を完納している。
4			当該年度の4月1日から翌年2月末日までの受診である。
5			受診日の属する年度内に特定健康診査を受診していない者であって、治療中患者情報提供票を提出していない。（特定健康診査の項目を含まない脳ドックは除く。）
6			健診結果が添付されていること。