

第1号様式（第5条関係）

日進市特定健康診査費用等補助金申請書兼実績報告書

年 月 日

日進市長 宛て

申請者氏名  
被保険者証記号番号  
住所  
連絡先

日進市国民健康保険特定健康診査費用等補助金交付要綱第5条の規定により、下記の同意事項に同意の上、関係書類を添えて申請します。

記

1 補助金申請額

円

2 振込先口座（口座名義人は申請者と同一であること）

銀行 信金 農協	本店 支店 出張所	口座種目	口座番号					
		普通 当座						
フリガナ								
口座名義人								

同意事項

- (1) 市が特定健康診査等の結果を保存し、必要に応じて保健事業等に活用すること。
- (2) 市が特定健康診査等の結果等のデータファイルを匿名化し、国及び県への実施結果報告として部分的に提出すること。
- (3) 市が特定健康診査の受診又は特定保健指導の利用について不明な点がある場合に、特定健康診査等の実施機関に問い合わせること。

【添付書類】添付した書類の□にレ印を付けてください。

- 特定健康診査結果の写し（標準的な質問票の回答を含む。）
- 実施報告書の写し（特定保健指導実施時に限る。）
- 実施機関の名称及び受診者の氏名が明記された特定健康診査等の費用に係る領収書の写し
- 特定健康診査内容確認票（第2号様式）
- 特定保健指導内容確認票（第3号様式）（特定保健指導実施時に限る。）
- その他市長が必要と認める書類