

年 月 日

（宛先）板橋区長

板橋区国民健康保険人間ドック受診費用助成金交付申請書兼請求書

私は、板橋区国民健康保険人間ドック受診費用助成金の交付について、下記のとおり必要書類を添えて申請します。
なお、この申請内容について、区が医療機関等に問い合わせることに同意します。
また、受診結果を、公衆衛生の向上に役立てるための統計に利用することに同意します。

Table with fields: フリガナ, 申請者兼請求者氏名, 郵便番号, 住所, 電話番号, 生年月日, 受診時年齢, 受診医療機関名, 請求金額. Includes insurance number fields and a note about the 8,400 yen limit.

Required check items section (必須の検査項目です). Contains 4 numbered questions with checkboxes for medical history, symptoms, current medication, and smoking habits.

裏面(2ページ目)があります [Blue arrow pointing right]

Table with 8 columns: 区処理欄, 收受日, 申請区分, 確認事項, 受付者, 判定, 金額, 管理番号・備考. Includes checkboxes for application methods and confirmation items.

【振込先金融機関】

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
金融機関コード		支店コード	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他()	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義			

● 口座名義が請求者以外の場合は、下欄の委任状にも記入してください。

<p>委 任 状</p> <p>私は、板橋区国民健康保険人間ドック受診費用助成金の受領を上記口座名義の者に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">請求者 _____</p>
--

● 申請にあたり、下記の助成条件をご確認いただき、必ず口にチェックをいれてください。

- 人間ドック受診日時点で板橋区の国民健康保険に加入している
- 受診日が属する年度末において40歳以上で、受診日時点で74歳以下である
- 申請日までに納期限の到来した保険料を完納している
- 受診日が属する年度中に、区が実施する国保特定健康診査を受診していない(受診しない)
- 受診結果により、特定保健指導その他の保健事業の対象となった場合は、当該保健指導を受けることに同意する

上記の助成要件に非該当だった場合など、板橋区国民健康保険人間ドック受診費用助成事業実施要綱の規定に違反した場合は、助成金を返還していただくことがあります。
