

別記様式 (第4条関係)

茅野市国民健康保険人間ドック補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)茅野市長

申請者(受診者) 住 所 茅野市

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号

人間ドック補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請し、及び請求します。

記

1 申請(請求)額 \_\_\_\_\_ 円

2 添付書類 領収書

3 内容

人間ドックの種類	1 1泊2日ドック	2 日帰りドック
受 診 日	年 月 日	
受 診 医 療 機 関 名		
保 険 証 記 号 番 号	茅	号
受 診 料		円

4 振込口座

金 融 機 関 名	支 店 名	口 座 番 号	口 座 名 義 人
銀行		普通 当座	フリガナ
金庫	支店		
信用組合			
農協	支所		

(申請者と口座名義人が違う場合はこの欄に署名してください)  
上記口座名義人への振込を了承します。 申請者氏名 印

# 茅野市国民健康保険 人間ドック補助金交付要領

## 対象者

次の事項を全て満たす方

- ・茅野市国民健康保険に加入している35歳から74歳までの方
- ・人間ドック受診時に茅野市国民健康保険の資格を有する方
- ・国民健康保険税に滞納の無い世帯の方

## 対象となる検査の内容

特定検診の項目をすべて含む人間ドック

※脳ドック等の専門ドックのみの受診や医療機関以外で受けるドックについては、補助の対象となりません。

## 補助額

- ・日帰りドック : 15,000円
- ・1泊2日ドック : 30,000円

※人間ドック受診費用が補助額に満たない場合は、人間ドック受診費用が補助限度額となります。

## 申請期間

受診日の翌日から1年間

## 補助金交付申請の手続き

補助金交付申請の手続きについては、以下のものが必要となります。

- ・人間ドック補助金交付申請書兼請求書
- ・医療機関が発行した人間ドックの領収書
- ・申請者の国民健康保険被保険者証
- ・振込口座の分かるもの（預金通帳など）
- ・印鑑（申請者以外の口座に振込をする場合）

※特定検診の実施率向上のため、人間ドック問診票と受診結果のご提出にご協力ください。

## 注意事項

補助の回数は、年度内（4月～翌年3月）に1回です。

## 申請窓口

茅野市役所 高齢者・保険課 国保年金係（1階7番窓口）

TEL 0266-72-2101（内線325）