

## 上田市人間ドック等検査費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

(提出先) 上 田 市 長

郵便番号 3 8 6 - 

住 所 上田市

申 請 者  
(受診者)氏 名 

電話番号 - -

生年月日 大・昭 年 月 日 (年齢 歳)

※年齢はドック検査日時点

次のとおり人間ドック等を受診しましたので、補助金を交付してください。

なお、申請にあたり市税等の納付状況確認の調査について同意し、また、上田市国民健康保険に加入している場合は、検査結果を市に提供し、特定保健指導等への活用について同意します。

## 【 受診内容 】

人間ドック等の種類	1泊2日人間ドック	日帰り人間ドック	脳ドック
受診年月日	年 月 日 から 月 日 まで		
医療機関名	総合病院・医療センター 病院・医院・診療所・クリニック		
受診費用	円 (オプションは除く)		

## 【 受診時に加入していた保険 】

上田市国民健康保険	後期高齢者医療制度	全国健康保険協会(協会けんぽ)	その他 ( )
-----------	-----------	-----------------	---------

## 【 補助金額 】

健康保険区分	1泊2日人間ドック	日帰り人間ドック	脳ドック
上田市国保・後期高齢	25,000円	13,000円	13,000円
被用者保険(社会保険)	22,000円	10,000円	
被用者保険(社会保険)に加入されている方で、当該人間ドック等検査について、加入保険や事業所から助成がある場合は、その助成金額を記入してください。市では、補助額から助成金額を差し引いた額を補助します。※			助成金額 円

※ 市の調査により助成が判明した場合は、補助額からその助成金額分を減額させていただきます。  
また、補助金交付後に助成等が判明した場合は、補助金を市に返還していただきます。

## 【 振込先口座 】

銀行 組合 金庫 農協	本店 支店 支所 出張所
預金種別	普通 当座 (フリガナ)
口座番号	口座名義人

## 【 添付書類 】

- ①健康保険証(本人のもの) ③検査結果(国保加入者のみ) ※受診された医療機関によっては不要  
②領収書(明細書含む) ④助成制度等を証する書類(協会けんぽ以外の被用者保険加入者のみ)

上田市記入欄	受付	滞納確認	審査	助成状況(被用者保険加入者のみ)	補助交付額
		滞納なし 滞納あり		助成金額 円	円