

様式第1号（第6条関係）

岡崎市健診等費用助成金交付申請兼実績報告書

年 月 日

（宛先）岡崎市長

申請者

被保険者証記号番号

住 所

氏 名 (※)

(※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。)

電話番号

岡崎市国民健康保険健診等費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき、下記の事項に同意の上、関係書類を添えて申請します。

助成金申請額 ￥ . ー

記

同意事項

- (1) 岡崎市が健診等の結果を保存し、必要に応じ保健事業等に活用すること。
- (2) 健診等の結果等のデータファイルが匿名化され、国及び県への実施結果報告として部分的に提出されること。
- (3) 健診等の受診について不明な点がある場合に、健診等実施機関に岡崎市が問い合わせること。

（添付資料）

- (1) 実施基準第1条に規定する項目の健診結果の写し（当該健診結果に標準的な質問票（標準的な健診・保健指導プログラム（厚生労働省健康局公表））の回答が含まれていない場合は、健診結果の写し及び回答を記載した標準的な質問票の写し）
- (2) 特定保健指導を受けた場合にあっては、当該特定保健指導に係る実施報告書の写し
- (3) 実施機関名及び受診者名が明記された健診等の費用に係る領収書の写し
- (4) 特定健康診査内容等確認票（様式第2号（その1））及び特定保健指導を受けた場合にあっては特定保健指導内容等確認票（様式第2号（その2））（それぞれ実施機関の証明を受けたもの）
- (5) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認めるもの

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。