

厚木市国民健康保険健康診断等の情報提供に関する助成申請書兼請求書

(宛先) 厚木市長

令和 年 月 日

申請者兼請求者 住所 〒 厚木市
(世帯主) 氏名 _____
電話番号 — —

私は、裏面の各項目に同意し、厚木市国民健康保険健康診断等の情報提供に関する助成事業実施要綱により助成等の交付を申請し、及び請求します。

金額 円

被保険者番号	1 3 -	1 3 -
フリガナ 受診者氏名		
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
受 診 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
健診機関の名称		

振 込 先		
銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 支所 出張所	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄
銀行コード	店 番	口座番号 (右づめ)
口座名義人 (カナ)		

支給決定日	令和 年 月 日
-------	----------

委任欄	私は、次の者に助成金の受領に関する権限を委任します。		
	受任者 (口座名義人)		委任者 (口座名義人以外の方)
	住所		
	氏名	氏名	印

助成等の交付を受けるに当たり、次の項目に同意いたします。

- 1 助成条件の検査項目を全て受診すること。
- 2 提供された情報を厚木市国民健康保険保険者（以下「保険者」という。）が、継続的に保管及び管理すること。
- 3 提供された情報に基づき、保険者が実施する特定保健指導等の保健事業の対象者に該当した場合、当該事業に関する案内通知等を保険者（当該業務受託事業者を含む。）が対象者に発送等行い、事業を実施すること。
- 4 提供された情報及びそれに基づき実施した特定保健指導等保健事業の実施結果等を保険者（当該業務受託事業者を含む。）が利用目的の範囲内において参照し、統計的に処理及び分析すること。