

二宮町人間ドック補助金交付申請書

申請日を記入

令和 8 年 4 月 1 日

二宮町長 殿

申請者 住 所 神奈川県中郡二宮町二宮 1410
氏 名 二宮 太郎

押印不要です。

二宮町人間ドック補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者情報

フリガナ	ニノミヤ タロウ
氏名	二宮 太郎 人間ドックを受診した方
住所	二宮町 二宮 1410
生年月日	昭和 55 年 4 月 10 日 (満 45 歳) 年度年齢 74 歳までが対象
電話番号	0463-71-7100
申請金額	10,000円(上限金額 10,000 円) 10,000 円が上限 (窓口負担額)
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関等の領収書 <input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック健診結果票の写し <input checked="" type="checkbox"/> 問診票の写し 必要書類が揃っていれば、各ボックスにレ点を記入 医療機関から問診票の返却等がない場合は、町作成様式に記入

《備考》

- 人間ドック補助金を交付された方は、町が実施する特定健康診査を受けることはできません。
- 特定健康診査に該当する検査項目の検査結果データは、特定保健指導の対象者の階層化に利用させていただきます。検査結果のデータファイルは、国への実績報告として、匿名化され部分的に提出されます。また、検査結果データは、町の健康づくり事業及び個別保健指導の基礎データとして利用させていただくことがあります。(それ以外の目的に使用することはありません。)

二宮町人間ドック補助金交付請求書

令和 年 月 日

二宮町長 殿

日付は空欄 (交付決定の日付となるため)

請求者 住 所 神奈川県中郡二宮町二宮 1410
氏 名 二宮 太郎
電話番号 0463-71-7100

日付は空欄 (交付決定の日付となるため)

押印不要です。

令和 年 月 日 付けで交付決定のあった二宮町人間ドック補助金について、次のとおり請求します。

1. 請求額 10,000 円 ← 交付申請書にて記入した申請金額

2. 振込先

金融機関名		預(貯)金種目
中南 信用金庫 農協	二宮 支店	①. 普通
		2. 当座
		3. その他()
口座番号	口座名義	
●●●●●●●	(フリガナ)ニノミヤ タロウ	
	二宮 太郎	← 請求者と同名

ゆうちょ銀行の場合、通帳等に記載されている支店名(数字)と
7桁の口座番号をご記入ください。

請求者と異なる口座へ振り込みを希望される場合は、
別途「委任状」の提出が必要となります。
書式は窓口または HP 内にあります。

申請及び請求者と振込先の口座名義人が異なる場合に必要となります。

委任状

年 月 日



二宮町長

様

日付は空欄（交付決定の日付となるため）

申請及び請求者の住所・氏名

請求者



住所 神奈川県中郡二宮町二宮 1410

氏名 二宮 太郎



押印が必要

日付は空欄（交付決定の日付となるため）



私は、令和 年 月 日付で交付決定のあった二宮町人間ドック補助金の受領を次の者に委任
します。

申請及び請求者と異なる振込先の口座名義人

受領者



住所 神奈川県中郡二宮町二宮 1410

氏名 二宮 花子

検査項目

必須	医師の診断	メタボリックシンドローム判定、保健指導レベル、医師の診断、健診実施医師名
	診察	既往歴、自覚症状、他覚症状、服薬歴、喫煙歴
	身体計測	身長、体重、BMI、腹囲
	血圧	収縮期血圧、拡張期血圧
	生化学検査	中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール、GOT(AST)、GPT(ALT)、 γ -GT(γ -GTP)
	尿検査	尿糖、尿蛋白
	血糖検査	空腹時血糖、随時血糖、HbA1cのいずれか
任意	生化学検査	血清クレアチニン、eGFR
	血液像検査	ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数、貧血検査(実施理由)
	生体検査	心電図(所見、実施理由、対象者)
	尿検査	尿酸
	がん検診	乳がん、子宮頸がん、肺がん、大腸がん、前立腺がん



◎必須項目は、国に報告上最低限必要となる項目

●健診結果票の写しに「医師の診断」や「健診実施医師名」が無いことが多いので、ご注意ください。

◎任意項目は、不足していても問題ありません。