

別記様式（第4条関係）

長久手市長 殿

処理欄	資格	未納	健診予約	問診票	受付	
	有 無	有 無	有 無	有 無		

健康診断等結果提供者謝礼交付申請書

私は、長久手市に健康診断等の結果を提供し、その結果をもって特定健康診査の受診とみなすことに同意のうえ申請します。

※ 太枠内をご記入ください。

記入日	年 月 日	国保番号	
氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒 長久手市		
電話番号	日中連絡のとれる電話番号		
健診受診日	年 月 日		
	(下記すべてに当てはまるかご確認ください。) <input type="checkbox"/> 上記受診日時点は、長久手市国保加入中である。 <input type="checkbox"/> 上記受診日の属する年度において、特定健診を受診していない。また、受診予定はない。		
健診自己負担金額	○をつけてください。 自己負担金なし 自己負担金あり (円) ※領収書添付必要 (コピー可)		
希望する謝礼	<input type="checkbox"/> クオカード <input type="checkbox"/> 図書カード	※ どちらかお選びください。	
謝礼金額 (市記入欄)	健診自己負担金額に応じた金額を進呈 (最大 3,000 円分) 決定金額 円 ※ 裏面参照		

添付書類： 健康診断等の結果の写し 問診票 領収書(自己負担金がある場合)

※ コピー可

* 提供された健康診断等の結果は、本人の健康管理を行うための保健指導や健診データの集約・分析以外の目的では使用しません。

謝礼金額

	自己負担金額	謝礼金額
区分	0～999 円	500 円
	1,000～1,499 円	1,000 円
	1,500～1,999 円	1,500 円
	2,000～2,499 円	2,000 円
	2,500～2,999 円	2,500 円
	3,000 円～	3,000 円