別記様式（第４条関係）

長久手市長　殿

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見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（市国保加入日以降であること）		
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	□　クオカード □　アマゾンギフトカード □　図書カード ※　いずれか一種類選んでください。		
	健診自己負担金額に応じた金額を進呈（最大 3,000 円分） 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。

処理欄	資格	未納	健診予約	健診種類	問診票	受付	
	有　無	有　無	有　無	人間ドック 職場健診 病院での検査	有　無		

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