

令和 ○ 年 ○○月 ○○日

武蔵村山市長 殿

住 所 武蔵村山市本町一丁目1番地の1

申請者 氏 名 村山 太郎

電 話 ○○○ (○○○) ○○○○

国民健康保険・後期高齢者医療保険人間ドック等受診料助成金  
交付申請書

下記のとおり人間ドック等（人間ドック・脳ドック）を受診したので、助成金の交付を申請します。

記

受 診 者	国民健康保険 被保険者記号	46-○○	番号	○○○○	(枝番)	○○
	後期高齢者医療保険 被保険者番号	○○○○○○○○				
	住 所	(受診者住所) 武蔵村山市本町一丁目1番地の1				
	氏 名	(受診者氏名) 村山 太郎				
	生年月日	昭和 ○○ 年 ○○月 ○○日				
	年 齢	(受診日時点の年齢) ○○ 歳				
	世帯主との続柄	例： 本人、(世帯主の) 夫、妻、子 等				
受 診 日	令和 ○ 年 ○○月 ○○日					
保険医療機関所在地	受診した医療機関の住所					
保険医療機関名称	受診した医療機関の名称					
申 請 金 額	人間ドックまたは脳ドックの費用 円					

備考1 年齢は、受診日現在の年齢を記入してください。

2 人間ドック等の受診料の領収書及び受診結果（写し可）を添付してください。