

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（受診者の氏名を記載してください）

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。

（申請するドックを○で選択してください）

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。

令和 年 月 日

武蔵村山市長 殿

人間ドック等受診

日付、金額は空欄としてください。

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 金額 | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|

上記の金額を請求いたします。

点線内をご記入ください。

件名：人間ドック等受診料について

申請書の受診日と同じ日付です。

摘要：令和 ○年○月○日（受診）

申請者

住所：武蔵村山市本町一丁目1番地の1

氏名：村山太郎

印鑑は鮮明に押印してください。
スタンプ印は使用できません。

下記の口座に振り込んでください。ただし、申請者と振込口座名義人が異なる場合については、受領に関する権限を委任したものとします。

誤って記載した際は、訂正印をお願いします。

| | | | | | | | | | | |
|-------|------|----------|------|------|-----|---|---|----|-----|---|
| 振込先 | ゆうちょ | | 銀行 | 信用組合 | ○○ハ | | | 本店 | | |
| | | | 信用金庫 | 協同組合 | | | | 支店 | | |
| | | | | | | | | | 出張所 | |
| 種別 | 普通 | 当座 | 口座番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 口座名義人 | カナ | ムラヤマ タロウ | | | | | | | | |
| | 漢字 | 村山 太郎 | | | | | | | | |

※ゆうちょ銀行を希望される場合は、振込用の支店名(漢数字3桁)と口座番号(7桁)を御記入ください。振込用支店名は、通帳を最初に開いたページの下部に印字されています。

捨印