

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