第１号様式（第５条関係）

年　　月　　日

　　武蔵村山市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　申請者　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　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　　　　　　　　番号　　　　　　（枝番） |
| 後期高齢者医療保険　被保険者番号  |
| 住所 | 　 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 年　　齢 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳 |
| 世帯主との続柄 |  |
| 受　診　日 | 　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 保険医療機関所在地 | 　 |
| 保険医療機関名称 | 　 |
| 申請金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。

（日本産業規格Ａ列４番）