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）

＜保険年金課事務処理欄＞

＊受付時に確認してください。人間ドック項目は裏面にチェックしてください。

資格・年齢確認(受診日現在)	保険税（料）納付確認	健診との重複確認	領収書(写)提出	受診結果(写)提出	質問票（別紙）	人間ドック項目確認	受付者