

高山村人間ドック受診補助金交付申請書

年 月 日

高山村長 様

住所 高山村大字 番地
請求者 氏名

(TEL)

高山村人間ドック受診補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

被保険者証の記号番号等	人間ドックを受診した被保険者																
<table border="1"> <tr><td colspan="4">高山村国民健康保険</td></tr> <tr> <td>記号</td> <td></td> <td>番号</td> <td></td> </tr> <tr><td colspan="4">後期高齢者医療</td></tr> <tr> <td>番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	高山村国民健康保険				記号		番号		後期高齢者医療				番号				氏名
高山村国民健康保険																	
記号		番号															
後期高齢者医療																	
番号																	
	明治 生年月日 大正 年 月 日 昭和																
受診した医療機関の所在地及び名称	所在地																
	名称																
受診年月日	年 月 日から 年 月 日まで 日間																
受診で支払った額(オプション除く)	円																
補助金申請額 (該当する番号に○印)	1 日帰りドック 自己負担額の1/2(ただし20,000円を上限とする。)																
	2 1泊2日ドック 自己負担額の1/2(ただし30,000円を上限とする。)																
	3 脳ドック 自己負担額の1/2(ただし30,000円を上限とする。)																

※ 太枠内のみ記入してください。提出時は保険証を提示してください。

※ 以下は、医療機関記入欄です。

医療機関記入欄	人間ドック受診証明書	受診年月日	年 月 日から
	上記の者は、右のとおり人間ドックを受診したことを証明します。		年 月 日まで
	医療機関名	受診の種類(該当に○)	1 日帰りドック 2 1泊2日ドック 3 脳ドック
	印		

記入をお願いします
印鑑の押し忘れに
ご注意ください

本人間ドック受診補助金交付申請書

記載例

年 月 日

高山村長 様

住所 高山村大字 番地
請求者 氏名

(TEL _____)

高山村人間ドック受診補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

被保険者証の記号番号等	人間ドックを受診した被保険者
高山村国民健康保険	氏名
記号 番号	
後期高齢者医療	明治
番号	生年月日 大正 年 月 日 昭和
受診した医療機関の所在地及び名称	所在地
	名称
受診年月日	年 月 日から
	年 月 日まで
受診で支払った額(オプション除く)	円
補助金申請額 (該当する番号に○印)	1 日帰りドック 自己負担額の1/2(ただし20,000円を上限とする。)
	2 1泊2日ドック 自己負担額の1/2(ただし30,000円を上限とする。)
	3 脳ドック 自己負担額の1/2(ただし30,000円を上限とする。)

※ 太枠内のみ記入してください。提出時は保険証を提示してください。

※ 以下は、医療機関記入欄です。

医療機関記入欄	人間ドック受診証明書	受診年月日	年 月 日から
	上記の者は、右のとおり人間ドックを受診したことを証明します。		年 月 日まで
	医療機関名	受診の種類(該当に○)	1 日帰りドック
	印		2 1泊2日ドック
			3 脳ドック