

### 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
高山村国民健康保険	氏名
記号 番号	
後期高齢者医療	大正
番号	生年月日 昭和 年 月 日 平成
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 日間 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 年 月 日まで
	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。		
	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		

高山村人間ドック受診補助金交付申請書

記載例

高山村長 様

請求者 住所 高山村大字  
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。

記入はしないで  
ください

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	大正
番号	生年月日 昭和 年 月 日 平成
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		
	医療機関に提出し、記入をしてください。 医療機関の押印も忘れずをお願いします。		
		3 脳ドック	