

(別紙様式) (第6条関係)

# 小川村国民健康保険人間ドック補助金交付申請書兼請求書

平成 年 月 日

小川村長様

受診 (申請) 者	住 所
	地 区 名
	電 話 ( ) - <small>&lt; 宅・機 &gt;</small>
	氏 名 印
	生年月日 昭和 年 月 日 受診日の年齢 (満 歳)
	国民健康保険 記号・番号 小川・

平成 年度の人間ドック健診として受診しましたので、下記のとおり補助金を交付してください。

## 記

1. 人間ドックの種類 1. 日帰り 2. 1泊2日  
(○印をしてください。)

2. 受診日 平成 年 月 日から  
平成 年 月 日まで

3. 個人負担額(基本健診部分の金額) \_\_\_\_\_ 円

4. 補助金申請額(下記別表参照) \_\_\_\_\_ 円

5. 振込先口座

口座名義人	金融機関名	支店名	口座番号

6. 口座名義人が受診(申請)者と異なる場合記入

上記口座へ振込むことを委任します 受診(申請)者氏名 印
------------------------------

7. 添付書類  領収書  
 人間ドック結果表の写し

※診断結果表(報告書)は、特定保健指導以外の目的では使用しません。

## 【別表】

	補助金額
日帰り	10,000円を超えた額 (上限10,000円)
1泊2日	17,000円を超えた額 (上限15,000円)