

(別紙様式) (第6条関係)

小川村後期高齢者医療制度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>< 能・麟 ></small>
	氏 名 印
	生年月日 昭和 年 月 日 受診日の年齢 (満 歳)
	被保険者番号

平成29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	上限10,000円
1泊2日	上限15,000円