

(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

年 月 日

小川村長様

受診 (申請) 者	住 所	
	地 区 名	
	電 話 () <small>< 岐・麟 ></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 — 年 月 日から
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)