

第1号様式（第5条関係）

令和 〇 年 〇〇月 〇〇日

武蔵村山市長 殿

住 所 武蔵村山市本町一丁目1番地の1

申請者 氏 名 村山 太郎 （受診者の氏名を記載してください）

電 話 〇〇〇 （ 〇〇〇 ） 〇〇〇〇

国民健康保険・後期高齢者医療保険人間ドック等受診料助成金交付申請書

下記のとおり人間ドック等（人間ドック・脳ドック）を受診したので、助成金の交付を申請します。
（申請するドックを○で選択してください）

記

受 診 者	国民健康保険 被保険者記号 46-〇〇 番号 〇〇〇〇 （枝番） 〇〇	
	後期高齢者医療保険 被保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	
	住 所	（受診者住所） 武蔵村山市本町一丁目1番地の1
	氏 名	（受診者氏名） 村山 太郎
	生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇月 〇〇日
	年 齢	（受診日時点の年齢） 〇〇 歳
	世帯主との続柄	例： 本人、（世帯主の）夫、妻、子 等
受 診 日		令和 〇 年 〇〇月 〇〇日
保険医療機関所在地		受診した医療機関の住所
保険医療機関名称		受診した医療機関の名称
申 請 金 額		人間ドックまたは脳ドックの費用 円

- 備考1 年齢は、受診日現在の年齢を記入してください。
- 2 人間ドック等の受診料の領収書及び受診結果（写し可）を添付してください。