

## 第1号様式（第5条関係）

令和〇年〇〇月〇〇日

武藏村山市長 殿

住 所 武藏村山市本町一丁目 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       ○○○      (   ○○○  )   ○○○○

## 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 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇        |                  |      |      |    |
|     | 住 所              | (受診者住所)           | 武藏村山市本町一丁目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。