

様式第1号（第4条関係）

原村健診事業補助金交付申請書

年 月 日

原村長 様

申請者 住所 原村 番地 地区
(受診者) (電話 ー)
(携帯)

氏 名 _____ ㊟

生年月日 _____ 年 月 日 歳 (男 女)

健康保険証 記号 _____ 番号 _____

健診事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 交付申請額 _____ 円

2 内 容 (該当する種類に○をして下さい)

人間ドックの種類 日帰りドック・1泊2日ドック

受診年月日 _____ 年 月 日 から _____ 年 月 日

受診医療機関 _____

受診料 (オプションは除く) _____ 円

3 添付書類 受診医療機関の領収書
健診結果表の写し

同意書

1. 村税及び後期高齢者医療保険料の納付状況確認のため、職員が関係公簿を調査することに同意します。
2. 人間ドックの検査結果を村の特定健診に準じて利用することに同意します。

氏 名 _____ ㊟