第１号様式（第５条関係）

令和　　年　　月　　日

武蔵村山市長　殿

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　申請者本人の署名でない場合は記名押印してください。

電　話＿＿＿＿＿（　　　　）＿＿＿＿＿

武蔵村山市国民健康保険・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。

記

受診者	被保険者証記号・番号 又は 被保険者証番号			
	住　所			
	氏　名		世帯主との続柄	
	生年月日	年　月　日	年　齢	歳
受診日		平成・令和　年　月　日		
保険医療機関所在地				
保険医療機関名称				
申請金額		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。

（日本産業規格Ａ列４番）

＜事務処理欄＞

＊受付時に必ず確認してください。

資格・年齢確認(受診日現在)	保険税（料）納付確認	重複確認	領収書(写)提出	受診結果(写)提出	問診票(別紙)	人間ドック検査項目確認	受付者