

別記様式（用紙 日本工業規格A4縦型）

函南町後期高齢者医療被保険者健康診査受診費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

函南町長 殿

申請者 住 所
氏 名
電 話

印

健康診査を受診したので補助金を交付されるよう申請及び請求します。

被 保 険 者 番 号								
受 診 者	氏 名				性別	☐ 男 ☐ 女		
	生年月日	年 月 日生			年齢	歳		
人間ドック の種類	☐ 一日（日帰り） ☐ 一泊二日 ☐ その他（ ）							
受 診 日	年 月 日 から 年 月 日まで							
受診機関								
受 診 料	円							
申請額 (請求額)	☐ 限度額（25,000円） ☐ 受診料の7割（ 円）							
振込先 (被保険者 本人口座)	金融機関名	支店名	種類	口座番号	口座名義			
			普 ・ 当		フリガナ			

注1 ☐の欄は該当項目にレ点を記入してください。

2 人間ドックを受診したことが判明できる領収書等の写し及び受診結果票を提出してください。