

後期高齢者人間ドック等検査費用補助金交付申請書兼請求書					
被保険者 証の番号			受診者名		
			個人番号		
			生年月日	年 月 日	
検査 区分	該当する項目に☐を付けてください。				
	種別	☐ 人間ドック検査 ☐ 脳ドック検査 ☐ 人間ドック・脳ドック併用検査	内容	☐ 1日検診 ☐ 1泊2日検診 ☐ （ 泊 日検診）	
受診日	年 月 日から 年 月 日まで				
受診医療 機関名			検査費用	円	
交付申請 額兼請求 額	円				
上記のとおり申請及び請求します。 野木町長 様 年 月 日 請求者 住 所 野木町大字 氏 名 電話番号 () 印					

※添付書類 領収書及び検査結果表

振込先	金融機関名	銀 行 本店 信用金庫 農 協 支店
	預金の種類	普 通 当 座
	口座番号	
	ふりがな 口座名義	

※この欄は記入しないで下さい。

補助金 算定基 礎	検査費用 ①		保険者負担額 ②		被保険者負担額 ①－②		交付決定額 ②	
決 裁		課 長	補佐・係長	係	受付	年 月 日		
					伺い	年 月 日		
					決定	年 月 日		
					支給	年 月 日		