

様式第1号(第5条関係)

後期高齢者医療人間ドック・脳ドック検査料補助金交付申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号 ( )

下記のとおり検査料補助金の交付を受けたいので、ふじみ野市後期高齢者医療人間ドック等検査料補助金交付要綱第5条の規定により、申請します。

記

被保険者番号				
受 検 者	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
受 検 予 定 日	年 月 日	種別	人間ドック ・ 脳ドック	
医 療 機 関 名				

備 考

- 1 同じ年度に健康診査を受診するときは、人間ドックについては、検査料の補助を行いません。
- 2 申請には後期高齢者医療保険料の納期到来分が完納されていることが必要です。

受付番号	
健診受診券回収	
納付状況確認	