

# 後期高齢者人間ドック受診費補助金交付申請書

平成 年 月 日

群馬県後期高齢者医療広域連合長様

住 所 高山村大字 \_\_\_\_\_ 番地 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

受診者との続柄 \_\_\_\_\_

下記の者に係る人間ドック受診費に対する補助金を交付されたく、関係書類を添えて申請いたします。

申請額 20,000 円

記

受診者	住 所	高山村大字 _____ 番地 _____		
	氏 名	_____		
	生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
	電 話 番 号	_____		
医療機関	住 所	_____		
	名 称	_____		
実施年月日・期間		自 年 月 日	_____ 日間	
		至 年 月 日	_____	
総費用額		_____ 円		
自己負担金		_____ 円		
振込先・口座番号		金融機関名 _____ 名義人 _____ (普) _____		
備 考	健診受診結果と領収書のコピー裏面添付			

☆申請締切は、該当年度の1月末日となりますのでご注意願います☆